



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social et Médico-Social**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Novembre 2021**

**L'INSTAURATION D'UNE DIRECTION COMMUNE
ENTRE L'ETABLISSEMENT SUPPORT D'UN GHT ET
UN HOPITAL DE PROXIMITE :
MENACE OU OPPORTUNITE ?**

Bertrand STURIONE

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu dans l'élaboration de ce mémoire ainsi que durant la formation de DESSMS, notamment :

Jérôme, directeur délégué de l'hôpital de proximité dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation. En m'accueillant et m'associant pleinement aux missions de la structure, il m'a assuré les conditions optimales d'un stage riche et formateur,

L'ensemble du personnel de l'hôpital de proximité, particulièrement, Ahmed, Anne, Cynthia, Didier, Jean-Michel, Karine, Laetitia, Nadine, Philippe(s), Vera et la team buanderie pour leur bienveillance à mon égard et leur collaboration étroite, permanente et infaillible,

Les professionnels qui m'ont octroyé du temps pour les entretiens de recherche, malgré le contexte sanitaire inédit ainsi que la Direction Générale de l'Offre de Soins,

Monsieur Carl ALLEMAND, professeur à l'EHESP, pour sa guidance, son accompagnement et ses conseils,

Et enfin, Cindy et Bastien, les copains de l'EHESP avec lesquels, tout à commencé en prépa concours.

Sommaire

Introduction	1
1 La mise en place d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : un gage d'efficience.	7
1.1 L'hôpital de proximité au cœur des réformes hospitalières	7
1.1.1 Une offre de soins de proximité	7
1.1.2 Une transformation entamée depuis quelques années	8
1.1.3 Des établissements qui restent fragiles	10
1.2 La coopération : un outil de restructuration de l'offre de soins	12
1.2.1 Les coopérations hospitalières	12
1.2.2 Le GHT, une impulsion territoriale	13
1.2.3 La direction commune, un outil de recomposition de l'offre hospitalière	15
1.3 La direction commune, une solution potentiellement avantageuse	18
1.3.1 La direction commune au service de la mutualisation des compétences	18
1.3.2 La direction commune, un remède contre l'exercice isolé	20
1.3.3 La direction commune, un cadre facilitateur	21
2 La direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : des risques appelant la mise en œuvre de certaines préconisations	22
2.1 Des risques qu'il convient de mesurer	22
2.1.1 La perte de proximité	22
2.1.2 Un collectif potentiellement mis en difficulté	24
2.1.3 Une perte d'efficience pour l'hôpital de proximité	26
2.2 Le rôle pivot de l'établissement support de GHT	27
2.2.1 Garantir une proximité suffisante	27
2.2.2 Repenser l'organigramme de la direction commune	29
2.2.3 Développer et renforcer les filières de prise en charge	31
2.3 Renforcer la gouvernance interne de l'hôpital de proximité	33
2.3.1 Clarifier les objectifs de la mise en œuvre de la direction commune	33
2.3.2 Faire monter en compétence les acteurs de proximité	35
2.3.3 Renforcer le pilotage de l'institution	37

Conclusion	40
Bibliographie	41
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.A.H	Attaché d'Administration Hospitalière
A.C.H	Adjoint des Cadres Hospitaliers
A.N.C.H.L	Association Nationale des Centre Hospitaliers Locaux
A.R.S	Agence Régionale de Santé
C.G.S	Coordination Générale des Soins
C.M.E	Commission Médicale d'Etablissement
C.M.G	Commission Médicale de Groupement
C.N.G	Centre National de Gestion
C.O.V.I.D	Corona Virus Disease 2019
C.P.T.S	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
C.S.I.R.M.T	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
C.S.P	Code de la Santé Publique
D.E.S.S.M.S	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
D.F.G	Dotation Forfaitaire Garantie
D.I.M	Département de l'Information Médicale.
D.G.O.S	Direction Générale de l'Offre de Soins
D.H	Directeur d'Hôpital
E.H.E.S.P	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes
E.H.P.A.D	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.P.R.D	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
G.C.S	Groupement de Coopération Sanitaire
G.H.T	Groupement Hospitalier de Territoire
H.P.S.T	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
I.G.A.S	Inspection Générale des Affaires Sociales
L.D.G	Lignes Directrices de Gestion
L.F.S.S	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
O.T.S.S	Loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé
P.M.P	Projet Médical Partagé
P.T.S	Projet Territorial de Santé
S.I.H	Système d'Information Hospitalier
S.S.I.A.D	Service de Soins Infirmiers à Domicile
S.S.R	Soins de Suite et de Réadaptation
U.H.R	Unité d'Hébergement Renforcée
U.S.L.D	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Intégrer l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes s'inscrit dans la continuité de mon parcours professionnel. Précédemment cadre supérieur de santé en charge de la direction des soins dans un hôpital de proximité Iotois, j'ai toujours souhaité prioriser la place des patients et des résidents dans les décisions institutionnelles, notamment par l'intermédiaire de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) que j'ai présidée durant 4 ans. Je dois cette ambition à mon itinéraire professionnel qui m'a amené à exercer successivement la profession d'infirmier et de manager. Cette double expertise m'a permis de me situer au plus proche des usagers et des soignants afin de bâtir mon identité professionnelle.

La recherche du stage de professionnalisation dans le cadre de la formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS) offre l'opportunité à l'élève directeur de s'investir durant près de 8 mois dans un établissement au sein duquel différentes missions lui seront confiées. Parallèlement à celles-ci, l'apprenant devra endosser une casquette de chercheur afin qu'il puisse conduire un mémoire de fin de formation dans lequel il devra formuler des préconisations en fonction des situations analysées. C'est ainsi que j'ai décidé d'effectuer mon stage long au sein de l'hôpital de proximité *alpha* en région Occitanie. Ce choix n'est pas anodin puisqu'il traduit mon appétence pour l'exercice de la fonction de directeur dans ce type de structure où la polyvalence du chef d'établissement me semble être un élément fondamental pour garantir l'efficacité de la structure. Par ailleurs, conformément à l'arrêté du 12 novembre 2020, le centre hospitalier *alpha* fait partie de la liste des établissements publics de santé dans lesquels les DESSMS exercent les fonctions de directeur. Néanmoins, la direction de l'établissement est actuellement exercée par un Directeur d'Hôpital (DH) délégué dans le cadre d'une direction commune avec le centre hospitalier *bêta*, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) *gamma*.

Situé en zone rurale et touristique, le centre hospitalier *alpha* propose une offre de soins diversifiée. En effet, avec ses 20 lits de médecine polyvalente, 20 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 20 lits en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), 20 lits en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), 125 places en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), et 100 places de Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), il contribue efficacement à la performance de la filière gériatrique du territoire. De plus, engagé dans la construction du Projet Territorial de Santé (PTS), le centre hospitalier *alpha* a su développer différents partenariats en adéquation avec son projet d'établissement et les ambitions du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT *gamma* au sein duquel différentes coopérations existent.

La convention de direction commune date de novembre 2020 et est à l'initiative du directeur délégué du centre hospitalier *alpha* qui a pris ses fonctions au sein de la structure en octobre 2019. Il partage son activité entre le centre hospitalier *bêta* et le centre hospitalier *alpha* où il est présent en moyenne trois jours par semaine. Sa prise de fonction fait suite au départ en retraite du précédent directeur qui a dirigé l'établissement à temps plein durant près de 15 ans. Pour assurer la gestion de l'hôpital de proximité, le directeur délégué est assisté d'une équipe administrative composée d'un Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), de 4 adjoints des Cadres Hospitaliers (ACH) et de 3 adjoints administratifs. Par ailleurs, un cadre supérieur de santé manage une équipe de 3 cadres de santé et de 2 infirmières coordinatrices. Les aspects techniques sont quant à eux assurés par différents responsables qui s'appuient sur les compétences de l'établissement *bêta*, notamment en ce qui concerne les fonctions supports et les travaux.

Lors de mon arrivée dans l'institution, différentes missions m'ont été confiées. Parmi celles-ci, il convenait de co-rédiger les Lignes Directrices de Gestion (LDG) et de rénover le projet social, qui, depuis la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, doit être adossé à un projet de gouvernance et de management participatif. Pour conduire ces différentes missions de stage, j'ai pris l'initiative de mettre en place une enquête à destination de l'ensemble du personnel de l'établissement¹. Ce questionnaire traite différents thèmes tels que le management, l'organisation et le contenu du travail, etc. Grâce à un retour de 160 questionnaires sur 240 distribués, j'ai pu identifier quelques points d'insatisfaction qui m'ont conduit à approfondir l'aspect managérial de la structure et à les prendre en compte dans la construction du projet social 2021-2025 ainsi que dans les LDG. Si la mise en œuvre de cette enquête m'a en premier lieu permis de répondre à la commande de mon maître de stage, elle m'a aussi indiqué qu'il était nécessaire d'approfondir les résultats des questionnaires en m'intéressant au fonctionnement général de l'institution.

Ainsi, j'ai souhaité auditer le service des Ressources Humaines, constitué de deux ACH et d'un adjoint administratif, afin de comprendre les interactions de l'équipe et d'identifier les missions des différents acteurs. Très rapidement, il est apparu qu'il n'existait pas de responsable de service identifié et que l'équipe utilisait très peu d'outils de pilotage dans son fonctionnement quotidien. Face à ce constat et pour répondre à une demande de l'AAH de l'établissement, j'ai accompagné le service des Ressources Humaines dans la construction de son Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) concernant le titre 1 (charges de personnel). L'objectif était d'une part, de manager le service des Ressources Humaines dans l'exécution de ce nouvel exercice et d'autre part, de rechercher l'efficacité budgétaire.

¹ Annexe I : enquête de satisfaction au travail à l'attention du personnel

Différentes problématiques furent alors identifiées, à savoir l'accumulation de nombreuses heures supplémentaires sur les balances horaires des professionnels du centre hospitalier *alpha* (15100 heures au 31/12/2020), la rémunération de plus de 12000 heures supplémentaires en 2020, l'absence de mise en œuvre de la forfaitisation des horaires des cadres de l'établissement impliquant de facto l'augmentation du volume des heures supplémentaires, etc. Ces éléments factuels m'ont amené à développer au sein du service des Ressources Humaines différents outils afin de suivre les évolutions conjoncturelles de la masse salariale de l'établissement et d'alerter le chef d'établissement sur les conséquences à long terme d'une telle gestion. Chemin faisant, même s'il persiste encore quelques zones d'incertitude dans le management de l'équipe des Ressources Humaines, la réorganisation proposée a permis à l'équipe de se structurer et de gagner en compétences. Par ailleurs, d'autres éléments ont suscité ma curiosité, notamment ceux de la structuration de la direction des soins et du pilotage de l'hôpital *alpha* en l'absence du directeur délégué.

Ces éléments interrogent le fonctionnement de la structure et la place que doit occuper le directeur délégué dans un hôpital de proximité lorsqu'il partage son activité sur différents sites. L'accompagnement des équipes dans la conduite de différents projets m'a permis d'identifier des problématiques pour lesquelles nous avons conjointement mis en œuvre des actions correctives. Seulement, comment un directeur peut-il accompagner les équipes lorsqu'il n'est pas présent à temps complet sur une structure ? La configuration actuelle du centre hospitalier *alpha* fait intervenir un directeur délégué qui n'exerce pas sa mission à temps plein au sein de l'hôpital de proximité. Il partage son activité entre deux établissements de tailles différentes, mais complémentaires, notamment dans le cadre du parcours du patient. Si la direction commune apporte une plus-value dans la mutualisation de certaines compétences qui dépassent les fonctions supports du GHT, la présence amoindrie du directeur délégué dans une institution historiquement pilotée par un directeur à temps plein est susceptible de bouleverser le fonctionnement des équipes de l'hôpital *alpha*.

- **PROBLEMATIQUE**

Ainsi, il paraît opportun d'envisager la problématique suivante dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire :

La mise en œuvre d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité constitue-t-elle une opportunité pour ce dernier en termes de gouvernance ?
--

- **HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Ma première hypothèse de recherche reposera sur l'idée qu'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité s'assimile plus à une menace qu'à une opportunité pour l'hôpital de proximité. En effet, même si la direction commune peut présenter des avantages comme évoqués précédemment, elle serait potentiellement problématique dans la mesure où elle engendrerait d'une part, une présence amoindrie du directeur sur le site et d'autre part, une perte d'autonomie de l'hôpital de proximité.

La seconde hypothèse avance la question de l'opportunité de la mise en œuvre d'une direction commune dans un cadre managérial rénové, supposant que la direction de l'hôpital de proximité puisse repenser les organisations de l'institution. Cette situation serait envisageable si les équipes gagnent également en compétences.

- **METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

Pour conduire ce travail de recherche, j'ai pris l'initiative de concilier deux méthodes : l'observation et la conduite d'entretiens. Par ailleurs, la tenue d'un journal de terrain m'a permis de noter jour après jour des éléments relatifs à l'enquête ainsi que la progression de mes recherches. Les situations décrites et datées au sein de ce journal m'ont permis d'alimenter mes réflexions et de rejeter certaines idées préconçues sur ce que j'allais extraire du terrain de recherche.

Considérant que « L'enquêteur est celui qui regarde ou qui voit des choses qu'il n'aurait peut être pas dû voir, qui pose des questions parfois embarrassantes qui peut donner aux autres l'impression de s'incruster. » (Beaud, Weber, 2010 :82), il m'a semblé nécessaire d'informer les équipes et le directeur délégué de mon sujet de recherche afin de ne pas paraître indécent. Ceci a été accueilli très favorablement de la part des acteurs du terrain.

- **L'observation²**

Positionné au sein du centre hospitalier *alpha*, j'ai ainsi pu observer le fonctionnement et le quotidien des professionnels. L'observation suppose un va-et-vient permanent entre le journal de terrain et la perception des éléments observés. Les observations m'ont permis de recueillir et d'analyser des sujets qui concernent le cadre institutionnel, l'organisation de l'établissement et le fonctionnement de la direction.

² Annexe II : Grille d'observation

Les éléments observés en lien avec ma question de départ ont ainsi été répertoriés dans un tableau de conclusion avant d'être croisés et vérifiés lors de la conduite des entretiens. En effet, il est déconseillé d'effectuer des observations « pures ». Il est plutôt recommandé de compléter ses observations par des entretiens, (Beaud, Weber, 2010). Par ailleurs, des interactions au sein de l'équipe mais aussi entre le directeur délégué et ses collaborateurs alimenteront ce mémoire grâce à des descriptions de situations emblématiques.

➤ La conduite d'entretiens

Différentes vagues d'entretiens ont été réalisées au cours de ce mémoire³. Ainsi, trois séries d'interviews m'ont permis d'alimenter mes réflexions pour tenter de répondre à ma problématique initiale car « l'entretien est à la fois une situation et un outil de recueil et/ou d'accueil de données. » (Eymard, 2003 :123).

D'abord, une première vague d'entretiens a consisté à rencontrer des professionnels experts dans le champ de mon investigation. C'est à ce titre que j'ai pu obtenir un entretien par visioconférence auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et un entretien téléphonique auprès de l'Association Nationale des centres hospitaliers Locaux (ANCHL). En revanche, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie n'a pas donné suite à mes sollicitations.

Ensuite, j'ai souhaité concilier les observations du terrain avec la conduite d'entretiens sur mon lieu de stage de professionnalisation. Cette initiative m'a permis de dépasser mes représentations, de comprendre, de vérifier et d'approfondir certaines situations observées. Le directeur général du GHT *gamma* tout comme le directeur délégué du centre hospitalier *alpha* ont accepté d'être sollicités pour cette seconde vague d'entretiens.

Enfin, la troisième vague d'entretiens a consisté à solliciter des directeurs qui exercent dans des établissements dont la configuration est identique à celle du centre hospitalier *alpha*. Ces entretiens ont été conduits parallèlement à la seconde vague et appuieront notamment mes différentes préconisations.

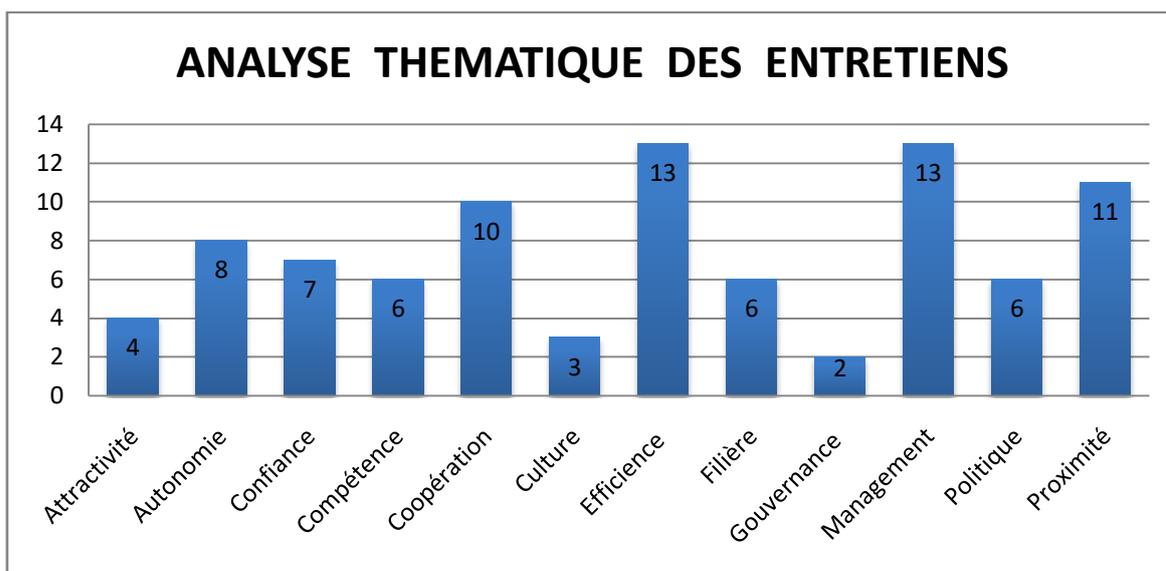
Un guide d'entretien m'a aidé dans la conduite des interviews⁴. Chaque entretien anonymisé a fait l'objet d'une retranscription intégrale dans la mesure où « un bon entretien approfondi est un entretien bien transcrit. » (Beau, Weber, 2010 :210). Néanmoins, une personne n'a pas souhaité que je l'enregistre mais m'a autorisé à me saisir de ses propos.

³ Annexe III : Echantillon d'enquête

⁴ Annexe IV : Guide d'entretien

➤ L'analyse de contenu des entretiens⁵

L'analyse des retranscriptions m'a permis d'effectuer un classement thématique en corrélation avec le guide d'entretien pour dégager différentes particularités associées à ma problématique. Si les thèmes de la direction commune et du GHT ont été largement évoqués au cours des interviews, d'autres caractéristiques reliées aux thèmes centraux ont pu être regroupées en différentes catégories (Bardin, 2013). Ainsi, il ressort des entretiens les thématiques suivantes :



Les thématiques rassemblées dans le graphique ci-dessus, dont les nombres inscrits dans le diagramme correspondent à la fréquence d'apparition de la thématique au cours des trois vagues d'entretiens, m'ont permis de construire le plan du mémoire en adéquation avec les propos issus du terrain d'enquête.

Fort des observations de terrain et de l'analyse thématique, nous verrons que si la direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité peut être une réelle opportunité pour l'ex-hôpital local (1), elle peut aussi être perçue comme une menace appelant la mise en œuvre de certaines préconisations (2).

⁵ Annexe V : Analyse thématique des entretiens et verbatim

1 La mise en place d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : un gage d'efficience.

L'hôpital de proximité occupe une place stratégique sur le territoire (1.1). Par ailleurs, plusieurs modalités de coopération existent pour le renforcer au sein de l'offre de soins (1.2) lui permettant ainsi d'assurer plus efficacement ses missions, en adéquation avec les besoins de la population (1.3).

1.1 L'hôpital de proximité au cœur des réformes hospitalières

Un cadre de missions revisité permet aux hôpitaux de proximité de répondre aux enjeux des territoires (1.1.1). Dans la continuité des réformes hospitalières, le Ségur de la santé poursuit l'ambition de renforcer les ex-hôpitaux locaux (1.1.2) afin de surmonter les difficultés auxquels ils sont confrontés (1.1.3).

1.1.1 Une offre de soins de proximité

« Près de 320 petits établissements publics de santé, anciennement dénommés hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité. » (Cour des comptes, 2013 :309). Si la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a supprimé la notion d'hôpital local, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour l'année 2015 a créé la catégorie des hôpitaux de proximité en reconnaissant leur rôle spécifique en matière d'accès aux soins. Selon l'article 35 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (OTSS), les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une **responsabilité territoriale**.

Ainsi, les hôpitaux de proximité :

- apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population ;
- favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;
- participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;
- contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

Originellement dénommés hôpitaux ruraux, les hôpitaux de proximité sont majoritairement implantés dans des bassins de vie à dominante rurale. En plus de cette spécificité, ces établissements accueillent majoritairement une population âgée à l'instar du centre hospitalier *alpha*. En effet, l'âge moyen des personnes hospitalisées en médecine polyvalente y était de 79 ans en 2020 pour une durée moyenne de séjour de 15.7 jours. Si l'autorisation de l'activité de médecine est un critère d'éligibilité à la labellisation « hôpital de proximité », d'autres éléments sont pris en compte, notamment en ce qui concerne la fragilité du territoire, à savoir selon l'article R.6111-24 du CSP :

- la part de la population âgée de plus de 75 ans ;
- la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté ;
- la densité de la population ;
- la part des médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Ces différents indicateurs permettent de mettre en relief les spécificités du territoire d'implantation de l'hôpital de proximité.

La Loi OTSS du 24 juillet 2019 a permis de rénover les missions attribuées aux hôpitaux de proximité. Néanmoins, d'autres mutations sont attendues dans le cadre du Ségur de la santé dont l'ambition est de fédérer l'ensemble des acteurs des territoires autour de projets communs en renforçant les coopérations.

1.1.2 Une transformation entamée depuis quelques années

Les anciens hôpitaux locaux se sont notablement restructurés depuis leur création. Aujourd'hui, « *Il existe une agilité assez incroyable dans ces établissements (...)* » (Vague I, entretien N°1). En effet, l'observation du centre hospitalier *alpha* dans le cadre de la mise en œuvre d'un centre de vaccination, en partenariat avec les partenaires libéraux, démontre qu'il est un acteur engagé et reconnu de tous au sein du territoire.

Très rapidement, le centre hospitalier *alpha* a su s'organiser pour développer une réponse adaptée au contexte sanitaire lié à la covid-19. Cette situation a été possible grâce aux relations partenariales qui sont particulièrement développées dans l'établissement, y compris avec les acteurs du secteur privé.

Récemment, l'engagement collectif « ma santé 2022 » portait l'ambition de labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité afin de redynamiser et de renforcer certaines structures au sein de l'offre de soins. L'objectif est de décloisonner les modes de prise en charge et d'organiser de véritables parcours de soins dans les territoires. Ainsi, les hôpitaux de proximité devront remplir leurs missions en coopération avec les professionnels de la médecine ambulatoire implantés notamment dans des centres de santé pour partager une responsabilité territoriale. « *Le sujet de la gouvernance des hôpitaux de proximité a été identifié dès le lancement de la réforme comme un enjeu, en tout cas pour pouvoir à la fois l'inscrire dans un tout un peu collectif.* » (Vague 1, entretien N°1).

L'ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité insiste particulièrement sur la notion de coopération. En effet, l'article L.6111-3-2 précise que « les hôpitaux de proximité, ou l'établissement de santé dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale, organisent des coopérations avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent et concluent à ces fins, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L.6111-3-1, une convention avec leurs partenaires. ». Les parties à cette convention peuvent être en fonction des besoins des territoires, des établissements, une ou plusieurs Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore d'autres acteurs de santé. La co-construction du PTS du canton de l'hôpital *alpha* a d'ailleurs permis au centre hospitalier de conforter ses liens avec les acteurs du territoire.

Par ailleurs, l'ordonnance du 12 mai 2021 insiste sur un élément clé qui concerne particulièrement la situation du centre hospitalier *alpha*. En effet, l'article L.6111-3-4 précise que « Lorsque l'hôpital de proximité est dépourvu de la personnalité morale ou qu'il partage une **direction commune** avec un autre établissement, l'établissement dont il relève garantit que l'hôpital de proximité a mis en œuvre des modalités de fonctionnement et d'organisation du site lui permettant de remplir ses missions de proximité (...) ».

L'hôpital de proximité constitue ainsi le trait d'union entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Sa place est également renforcée lorsqu'il peut s'appuyer sur un établissement avec lequel il partage une direction commune. Néanmoins, force est de constater que ces établissements sont malgré tout confrontés à des difficultés potentielles.

1.1.3 Des établissements qui restent fragiles

Si un modèle de financement tente de préserver les hôpitaux de proximité d'un risque financier réel (A), ces établissements souffrent d'un manque d'attractivité pouvant limiter leur périmètre d'intervention (B).

A) Une santé financière perfectible

Bien que le rôle des hôpitaux de proximité ne soit plus à démontrer, ces structures peuvent être confrontées à différentes problématiques susceptibles de les rendre vulnérables et d'impacter leur rayonnement sur les territoires.

D'abord, le risque financier est réel pour ces institutions majoritairement constituées de lits d'hébergement. Ainsi, « *Pour l'ex hôpital local, la labellisation des hôpitaux de proximité est une opportunité, notamment pour le financement.* » (Vague I, entretien N°2). En effet, il existe un modèle de financement applicable aux hôpitaux de proximité qui repose sur une dotation mixte, composée d'une Dotation Forfaitaire Garantie (DFG). L'objectif est d'une part, de stabiliser les recettes des structures réalisant peu de séjours et d'autre part, d'encourager le développement de leurs activités. L'originalité de ce modèle repose sur la garantie offerte à l'hôpital de proximité de conserver un financement, indépendamment de l'activité produite. Le décret n°2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement porte cette garantie à 50% minimum des recettes historiques de l'établissement. Variable, la garantie peut être plus conséquente si l'établissement est installé sur un territoire fragile. Le modèle présente l'intérêt de ne pas subir les inconvénients d'un financement à l'activité qui peut être inconstant d'une année à l'autre. Néanmoins, il convient de préciser que le dynamisme de l'établissement entre également en considération dans l'attribution du financement puisque la valorisation des séjours est un élément pris en compte dans le calcul de la dotation mixte. Ainsi, pour l'ex-hôpital local, ce mécanisme apparaît globalement plus favorable que la tarification à l'activité. Par ailleurs, la Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 vient préciser un élément significatif dans son article L162-23-16. En effet, au-delà d'une garantie pluriannuelle de financement, les hôpitaux de proximité peuvent aussi bénéficier « d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté (...). ».

Dans la continuité de l'amélioration de la structuration des soins de proximité et du Ségur de la santé, la labellisation des hôpitaux de proximité apparaît dorénavant comme un enjeu fort, d'autant qu'elle concrétise l'engagement de l'établissement à s'inscrire dans un projet collectif de territoire. A ce titre, l'arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux ARS est accompagné d'une annexe qui détaille les enjeux de la procédure. Néanmoins, si l'engagement dans cette démarche volontaire limite le risque financier, il n'en demeure pas moins que l'établissement reste susceptible de se retrouver en difficulté financière s'il ne maîtrise pas ses dépenses.

B) Un manque d'attractivité

Comme près de 63% des ex-hôpitaux locaux, le centre hospitalier *alpha* est situé en zone rurale (Cour des comptes, 2013 :310). Eloigné des grandes métropoles, les difficultés de recrutement sont réelles et se sont fait davantage ressentir durant la covid-19. Bien que le centre hospitalier *alpha* gère également un Institut de Formation d'Aides-soignants (IFAS), le recrutement de cette catégorie de personnel n'est pas nécessairement aisé.

Ces difficultés de recrutement ne concernent pas uniquement les professionnels de santé. Le corps de direction est lui aussi concerné. En effet, lors du changement de directeur, le centre hospitalier *alpha* n'a pas été épargné par les difficultés de recrutement. C'est d'ailleurs ce qui a précipité la mise en place d'une direction par intérim avant d'aboutir à une direction déléguée dans le cadre d'une direction commune.

D'autres établissements sont concernés par ces difficultés, à l'instar d'un hôpital de proximité situé en région Occitanie : « *Un recrutement de D3S est en cours mais à ce jour, nous n'avons aucun candidat. Le métier de D3S n'est plus attractif donc je dois me réorienter sur des profils contractuels, souvent sur des postes de directeur adjoint, qui ont souvent un master mais qui n'ont pas fait l'école de Rennes. Je suis très attachée à l'école de Rennes mais il n'y a pas de candidature.* » (Vague III, entretien N°4).

Au-delà de la question de l'attractivité du métier de DESSMS, ces différents éléments sont susceptibles d'impacter le rayonnement territorial des hôpitaux de proximité ainsi que la qualité de prise en charge des patients et des résidents. Parce qu'ils sont engagés dans la réalisation de mission de proximité en partenariat avec les acteurs du territoire, ces établissements doivent parfois repenser leurs modalités de gouvernance pour exécuter leurs missions.

Les hôpitaux de proximité présentent différentes caractéristiques et répondent à plusieurs enjeux qui tiennent compte des réalités locales. Pour asseoir leur positionnement au sein du territoire et limiter les problématiques auxquels ils sont confrontés, il est possible de les renforcer davantage par des mécanismes de coopération.

1.2 La coopération : un outil de restructuration de l'offre de soins

Les coopérations redessinent le paysage hospitalier et sont caractérisées par des formules juridiques hétérogènes (1.2.1). Parmi celle-ci, le GHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie de groupe au service des patients (1.2.2) qu'il est éventuellement possible de renforcer par la direction commune (1.2.3).

1.2.1 Les coopérations hospitalières

La coopération peut se définir comme l'action de participer à une œuvre commune. Dès le début des années 1970, elle s'est imposée progressivement dans le paysage sanitaire, social et médico-social comme un outil incontournable au service des établissements de santé. Paradoxalement, si le CSP ne propose aucune définition de la notion de coopération hospitalière, il lui consacre néanmoins un titre complet dans la 6^{ème} partie du livre premier (Articles L.6131-1 à L6135-1).

La coopération s'inscrit d'abord dans « une démarche de mutualisation des moyens, puis de réorganisation des activités et des plateaux médico-techniques pour devenir un instrument au service de la restructuration des établissements et à terme de la recomposition de l'offre de soins » (Moquet-Anger, 2021). C'est aussi « un mode opératoire respectueux de l'autonomie et de l'identité des structures partenaires promouvant une gouvernance partagée impliquant co-décision, co-gestion et co-responsabilité » (Keller et al., 2021).

Instruments de gestion, les coopérations hospitalières se sont vues multiplier pour « rendre collectivement possible ce qui demeure individuellement inaccessible » (ibidem :84). A ce titre, la coopération des établissements publics de santé repose de plus en plus sur une stratégie de groupe au sens d'une coopération-intégration. Néanmoins, différentes formules juridiques recomposent l'offre de soins hospitaliers. Celles-ci peuvent être purement fonctionnelles comme la convention de coopération simple, la direction commune ou encore institutionnelle, à l'instar du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou du GHT.

Bien que les coopérations hospitalières tendent à se multiplier, elles suscitent parfois quelques interrogations : « *D'un côté, on a une multiplication des directions communes mais des pouvoirs publics qui prônent les modes de gouvernance spécifiques pour les hôpitaux de proximité et de l'autre côté, les GHT qui poussent à une intégration sur l'ensemble des champs administratifs pour des raisons d'efficience une fois de plus* » (Vague I, entretien N°2). La situation du centre hospitalier *alpha* n'est d'ailleurs pas sans rappeler ces derniers propos. On voit ici la nécessité pour les différents partenaires de clarifier la motivation de s'engager dans un processus de coopération. En effet, concernant la situation particulière des hôpitaux de proximité, leur gouvernance a été largement renouvelée comme évoqué supra. La question est donc de savoir si la formule de coopération juridique mise en place est une démarche subite ou imposée par le législateur. Enfin, si la coopération est un acte plus ou moins volontaire, elle ne peut s'accorder avec le conflit. En effet, c'est parce qu'il entretenait des relations satisfaisantes avec l'établissement support du GHT que le centre hospitalier *alpha* a décidé de compléter la convention constitutive par une convention de direction commune.

Les coopérations hospitalières structurent l'offre de soins. De typologies différentes, elles permettent de renforcer les capacités de certains établissements mais suscitent aussi parfois des interrogations. Alors que certaines coopérations sont plus intégratives que d'autres, le GHT est caractérisé par une certaine innovation en la matière.

1.2.2 Le GHT, une impulsion territoriale

Si le GHT impulse une dynamique territoriale par l'intermédiaire des instances qui le compose et du PMP (A), il confère également un rôle spécifique à l'établissement support, notamment dans le cadre de la mutualisation de certaines fonctions (B).

A) Un outil de coopération renouvelé

Créé par l'article 107 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un PMP garantissant une **offre de proximité** ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours (CSP, article L.6132-1).

Dépourvu de personnalité morale, le GHT impulse une nouvelle dynamique territoriale dans laquelle les établissements membres du groupement mettent en place une stratégie médicale commune qui doit s'articuler au parcours du patient. Formalisée par une convention constitutive, l'adhésion à un GHT demeure obligatoire pour tous les établissements publics de santé, sauf dérogation appréciée par le directeur général de l'ARS. Cette convention doit décliner la gouvernance du GHT. Parmi les instances qui le composent, le comité stratégique est chargé de suivre les activités du groupement ainsi que la mise en œuvre du PMP. Présidé par le directeur de l'établissement support, il réunit les directeurs, les présidents des CME et CSIRMT, le président de la commission médicale de groupement et le médecin chargé du Département de l'Information Médicale (DIM). Si le PMP est considéré comme l'élément fédérateur du GHT, la gouvernance médicale du groupement a été récemment modifiée par l'ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, en application de l'article 37 de la Loi OTSS du 24 juillet 2019. Celle-ci est venue renforcer les missions de la Commission Médicale de Groupement (CMG) et de son président, « tendant à en faire un codirecteur médical de la structure » (Moquet-Anger, 2021 :157). La CMG peut désormais, après autorisation du directeur général de l'ARS, être « unifiée » et se substituer aux CME des établissements parties du GHT (Art. L. 6132-2-3 du CSP). Cette possibilité est également envisageable pour la CSIRMT du groupement (Art. L. 6132-2 du CSP) traduisant la volonté du législateur de dépasser le stade de la coopération.

134 GHT structurent désormais le territoire national⁶. Les récentes réformes engagées ont pour objectif de renforcer la territorialisation de l'offre de soins mais aussi la place de l'établissement support.

B) Le rôle singulier de l'établissement support

Selon l'article L.6143-7 du CSP, le directeur de l'établissement support exerce certaines compétences pour le compte des établissements de santé parties au GHT, concernant l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3, à savoir :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) convergent et interopérable, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;
- la gestion d'un DIM de territoire ;

⁶ Initialement, 136 GHT ont été constitués. Néanmoins, suite à la fusion des GHT Centre Franche Comté/Psychiatrie Doubs-Jura et GHT Guadeloupe/îles du Nord, ce chiffre est désormais de 134 (Keller et al, 2021)

- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

Par ailleurs, l'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes ce qui n'est actuellement pas le cas au centre hospitalier *alpha*.

Ainsi, le GHT permet la mutualisation de certaines fonctions, comme le précise un professionnel du centre hospitalier *alpha*, satisfait des avantages qu'il y trouve : « *L'enjeu est aussi sur les aspects système d'info et sur les achats. Clairement sur les achats, on y gagne en maturité et en maîtrise. Sur le SIH, la convergence notamment, même si pour l'hôpital ça représente un coût de plus de 150 000 euros, c'est quand même quelque chose qui peut être intéressant au niveau efficacité* » (Vague II, entretien N°2). A ce titre, un rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire précise qu'à contrario de la convergence du système d'information qui représente d'importants surcoûts, seule la mutualisation des achats figure au rang des réalisations des GHT, notamment grâce aux gains qu'elle a pu engendrer (Milion, 2020).

En définitive, le rôle du directeur de l'établissement support se voit ainsi renforcer par la mutualisation des fonctions supports qui interviennent en soutien de l'activité de soins, obéissant avant tout à un principe de subsidiarité.

Parallèlement au GHT, le centre hospitalier *alpha* est concerné par un autre dispositif « à la limite de la coopération, appelé la direction commune, dont le mécanisme a été créé par décret, et qui permet de confier à un directeur la direction de deux ou plusieurs établissements sanitaires ou médico-sociaux. » (Moquet-Anger, 2021).

1.2.3 La direction commune, un outil de recomposition de l'offre hospitalière

La direction commune peut prolonger le cadre législatif du GHT (A) mais présente une certaine instabilité juridique (B).

A) Un cadre susceptible de compléter les dispositions du GHT

Créée par l'article 4 du décret n°2005-920 du 2 août 2005, la direction commune est une forme de regroupement d'établissements qui n'engendre pas la perte de la personnalité juridique des institutions concernées par ce dispositif.

Impliquant la nomination d'un **directeur commun** dans le cadre d'une convention de direction commune, sa création se fait par délibération identique des instances des établissements engagés dans ce mode de gouvernance (ibidem, 2021).

Comme le précise un directeur d'établissement support de GHT interviewé dans le cadre du mémoire, la direction commune n'est pas un outil de coopération : « *La plus-value d'une direction commune, c'est qu'un GHT ce n'est pas une direction commune justement. Dans un GHT, vous avez l'établissement A qui est différent de l'établissement B et s'il y a l'établissement support, et bien moi je ne peux pas dire aux établissements parties de faire ceci ou cela. Au sein de la direction commune, je peux le dire car c'est moi le directeur. Je n'ai pas d'autorité hiérarchique sur les établissements qui sont membres du GHT. La direction commune, ça permet d'avoir une gestion des projets. Ce n'est pas un outil de coopération. On n'est pas dans le je travaille avec. On est dans le on travaille et on décide ensemble de faire telle ou telle chose. C'est plus efficace qu'un GHT une direction commune.* » (Vague II, entretien N°3). Ces propos rejoignent le rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux GHT qui plaide pour la mise en œuvre de directions communes au sein des groupements, considérant que « les GHT les plus efficaces sont les plus intégrés » (Milon, 2020 :23).

Par ailleurs, des liaisons opérationnelles peuvent s'établir entre les établissements de la direction commune, à l'instar des conventions de coopération. A ce titre, le centre hospitalier *alpha* s'est engagé dans la formalisation de conventions de partenariat afin de bénéficier de l'expertise de l'établissement *bêta*. Cette initiative prolonge et complète le cadre de la mutualisation des fonctions supports du GHT.

B) Un dispositif juridique fragile

Outil de recomposition de l'offre hospitalière, la direction commune peut s'avérer fragile. D'abord, elle « repose sur un dispositif juridique léger, dont le juge administratif peut être amené à contrôler la correcte mise en œuvre ainsi qu'en témoigne l'arrêt de la cour d'appel administrative de Nantes du 6 juillet 2017.⁷ » (De Lard-Huchet, 2017 :518). Ensuite, si un certain nombre de directions communes évoluent plus ou moins rapidement vers une procédure de fusion, d'autres au contraire sont dénoncées par les instances à l'origine de leur création. Cet élément nécessite d'en prendre les mesures, comme nous l'indique un professionnel du centre hospitalier *alpha* : « *Si un jour on devait sortir de la direction commune, il faudra bien identifier les conséquences.* » (Vague II, entretien N°2).

⁷ CAA Nantes, 6 juillet 2017, n°15NT03901 : exemple de difficultés concernant le paiement du traitement du directeur.

Enfin, il n'existe pas de modèle réglementaire de convention de direction commune précisant le contenu minimal d'un tel engagement. Les établissements signataires disposent donc d'une relative liberté en la matière. Néanmoins selon la fiche de procédure du Centre National de Gestion (CNG), lorsqu'une direction commune doit être mise en place entre deux ou plusieurs établissements, ces derniers doivent réunir :

- **les délibérations des conseils d'administration et/ou de surveillance de chaque établissement partie à la direction commune** qui devront être identiques, datées et signées par les présidents des conseils d'administration et/ou de surveillance ;
- **une convention de direction commune** datée et signée par le ou les directeurs des différents établissements. Cette convention ne peut être conclue pour une durée déterminée et ne doit pas faire référence à la position de mise à disposition des personnels de direction ;
- **un organigramme de l'équipe de direction commune** qui permet la formalisation des propositions de nomination des directeurs adjoints sur l'ensemble des établissements composant la direction commune.

A ce titre, que le centre hospitalier *alpha* a fait préciser un élément important dans la convention de direction commune : « *La direction commune a été à l'initiative d'alpha avec certaines contraintes c'est-à-dire que le choix du directeur délégué est soumis à une approbation du président du conseil de surveillance d'alpha et que la direction commune ne se transforme pas en fusion des deux établissements, que l'établissement reste autonome dans ses décisions. L'idée c'est quand même que le président du conseil de surveillance d'alpha soit sollicité et émette un avis formel et ça, c'est clairement marqué dans la convention de direction commune, y compris pour le choix du directeur délégué.* » (Vague II, entretien N°2). On mesure ici l'importance pour les acteurs engagés dans une direction commune de clarifier le rôle de chacun pour limiter les zones d'incertitude et conserver une certaine autonomie.

Si les mécanismes de coopération permettent de renforcer le positionnement des hôpitaux de proximité, c'est parce qu'ils apportent une certaine plus-value dans différents domaines qu'il convient désormais d'aborder.

1.3 La direction commune, une solution potentiellement avantageuse

Si la direction commune permet de mutualiser un certain nombre de compétences au sein des établissements (1.3.1), elle est aussi susceptible de limiter l'exercice isolé des métiers de direction (1.3.2) et de faciliter la prise en charge des patients et des résidents (1.3.3).

1.3.1 La direction commune au service de la mutualisation des compétences

La mutualisation est une action qui consiste à regrouper des moyens pour optimiser le fonctionnement et l'efficacité d'un procès, mais aussi son coût. Ainsi, la direction commune peut permettre de prolonger le cadre de la mutualisation des fonctions supports du GHT afin d'apporter une réponse aux difficultés que peuvent rencontrer les établissements. En effet, pour les hôpitaux de proximité qui ne possèdent pas nécessairement les moyens financiers de recruter certaines compétences, la direction commune apparaît alors comme une aubaine.

Récemment, le centre hospitalier *alpha* s'est engagé dans un projet de travaux qui consiste à repenser la configuration architecturale de l'EHPAD de l'établissement. Cette opération stratégique et de grande envergure a nécessité de faire appel à certaines compétences du centre hospitalier *bêta*, notamment parce que l'hôpital de proximité était dans l'incapacité de financer l'intervention d'un ingénieur travaux. En s'octroyant une faible quotité de temps sur le suivi du projet de reconstruction du site de l'EHPAD, l'ex-hôpital local a pu s'engager sereinement dans une dynamique de projet sécurisante et efficiente, comme l'indique l'interviewé suivant : « *La direction commune, quoi qu'on en dise, elle permet de faire des économies sur certains postes mais pas sur tous. Je sais qu'on mutualise des compétences, c'est une bonne idée car ici, je ne pense pas que l'établissement ait les moyens de se payer un ingénieur par exemple alors qu'on en a besoin pour suivre le projet des travaux sur l'EHPAD.* » (Vague II, entretien N°5). Ce constat est d'ailleurs partagé par d'autres professionnels du centre hospitalier *alpha* : « *La direction commune peut permettre de gagner en efficacité et en efficience car ici on mutualise des fonctions techniques qu'il est impossible de rémunérer à temps plein.* » (Vague II, entretien N°1). On voit ici l'intérêt pour un hôpital de proximité de faire intervenir les compétences de l'établissement support avec lequel il partage une direction commune, notamment parce que « *le poids de l'hôpital général est une aide pour l'hôpital de proximité (...).* » (Vague II, entretien N°3).

Par ailleurs, si la direction commune présente l'avantage de partager des compétences, c'est aussi une opportunité de réviser l'organigramme des institutions concernées par ce mécanisme juridique. D'ailleurs, le centre hospitalier *alpha*, s'est saisi de la démarche de projet de reconstruction de l'EHPAD pour intégrer l'ingénieur travaux dans son organigramme de fonctionnement. Cette initiative prolonge ainsi le chemin déjà bien entamé d'une refonte complète de l'organisation générale de l'établissement, dans la mesure où le Directeur des Affaires Financières (DAF) du centre hospitalier *bêta* était déjà apparent dans l'organigramme de l'hôpital de proximité.

C'est sans doute parce qu' « avec le directeur des finances de *bêta*, les relations sont aidantes » (Vague II, entretien N°6), que le directeur délégué du centre hospitalier *alpha* n'a pas hésité à solliciter les compétences de l'établissement support dans la conduite du projet d'agrandissement de l'hôpital. Sans doute aussi parce qu'il partage, sur différents sujets, le même point de vue que le directeur général qui lui laisse une grande marge de manœuvre dans la gérance de l'hôpital de proximité. Cet élément apparaît incontournable pour que le centre hospitalier *alpha* « (...) puisse avoir une marge pour gérer ses relations sur son territoire » (Vague I, entretien N°1), dans la mesure où les établissements sont attachés au principe d'autonomie. En effet, la coopération n'est pas un mode d'action spontané au sein des établissements de santé, notamment parce qu'ils sont structurés par un principe d'autonomie de décision, rendant difficile le rapprochement des uns aux autres (Keller et al.,2021).

Enfin, considérant que « c'est la qualité de la coopération d'un collectif de travail qui fait la performance collective » (Le Boterf, 2015 :9), on devine que les relations entre les acteurs du centre hospitalier *alpha* et *bêta* sont satisfaisantes. En effet, si l'hôpital de proximité perçoit un intérêt certain dans la mutualisation des compétences dont il peut bénéficier, le centre hospitalier *bêta* y gagne également dans la mesure où la mise à disposition de certains professionnels lui permet de réduire ses charges de personnel. Cette relation symbiotique est incontestablement un gage d'efficience pour les deux entités juridiques distinctes ce qui facilite la performance du collectif de travail.

Au-delà de la mutualisation des compétences, la direction commune peut présenter d'autres avantages et favoriser l'attractivité des établissements, notamment parce qu'elle permet de lutter contre l'isolement.

1.3.2 La direction commune, un remède contre l'exercice isolé

Si la direction commune favorise la mutualisation des compétences, elle est aussi susceptible de rompre l'isolement que peuvent rencontrer certains directeurs dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. A ce titre, un professionnel interviewé évoque les propos suivants : *« Je m'interroge beaucoup sur l'isolement. Je reviens à ça. Les directeurs sont plutôt seuls dans les territoires ruraux et pas que d'ailleurs, ils sont seuls aussi lorsqu'ils sont à la tête d'une petite structure. »* (Vague II, entretien N°3). A ce titre, la mise en œuvre d'une direction déléguée au sein du centre hospitalier *alpha* permet effectivement au directeur délégué de site de solliciter aisément ses collaborateurs du centre hospitalier *bêta*, notamment lorsqu'il a besoin d'une expertise dans un domaine précis. Parce que le directeur d'un hôpital de proximité doit être capable de maîtriser différents domaines, s'appuyer sur une équipe de direction peut alors apparaître comme une opportunité pour le chef d'établissement, en plus de lui faciliter son exercice quotidien.

Par ailleurs, si la direction commune permet de rompre l'isolement, elle ne doit en aucun cas atténuer la mission de proximité des ex-hôpitaux locaux, au sens de l'article 35 de la Loi OTSS du 24 juillet 2019 : *« Le sujet de l'incarnation d'un directeur sur un territoire, évidemment c'est souhaitable. Seulement, ce sont des postes peu attractifs. Imposer une présence sur site à temps plein pouvait donc être compliqué (...). Mon propos est de dire que dans un contexte où on a du mal à attirer des professionnels et des directeurs au sein des hôpitaux de proximité, il faut trouver un entre-deux entre une présence pas forcément à temps plein d'un directeur et de la proximité avec les acteurs de l'hôpital de proximité et les acteurs du territoire. La direction commune notamment peut répondre à ce double enjeu. »* (Vague I, entretien N°1)

Enfin, *« la direction commune peut permettre de rendre le travail plus attractif pour les directeurs qui ont besoin de beaucoup de responsabilités dans leur quotidien. »* (Vague III, entretien N°3). En effet, la mise en œuvre d'une direction déléguée de site peut présenter différentes configurations. A ce titre, il n'est pas rare qu'un directeur référent de site soit aussi positionné sur une direction fonctionnelle. Il occupe ainsi tantôt une place de directeur adjoint, tantôt une place de directeur délégué. Cette double casquette est donc susceptible de lui permettre d'augmenter son domaine d'intervention.

La mise en œuvre d'une direction commune permet de lutter contre l'isolement et suppose de trouver un juste équilibre entre disponibilité et proximité. Par ailleurs, la solidité d'une filière de prise en charge d'amont et d'aval peut aussi résulter de la mise en place d'une direction commune qui complète les différents instruments du GHT.

1.3.3 La direction commune, un cadre facilitateur

Comme le précise un professionnel du centre hospitalier *alpha*, « *Le choix de la direction commune, c'est pour trois raisons essentielles. La première, c'est de développer des filières d'amont et d'aval avec l'établissement support, les consultations avancées pour satisfaire les besoins de la population. L'établissement support peut ainsi attirer des nouveaux patients qu'il peut ensuite, pour fluidifier le parcours du patient, renvoyer chez nous, notamment en SSR ; la deuxième c'est par rapport au projet médical du canton, c'est d'avoir quelque chose de très contractualisé avec l'établissement support et une offre de soins importante, et le troisième point, c'est la possibilité pour l'hôpital d'alpha, de bénéficier d'une expertise sur lesquelles nous sommes en difficulté.* » (Vague II, entretien N°2).

D'abord, concernant la filière d'amont et d'aval, la direction commune a permis de renforcer l'offre des consultations avancées au sein du centre hospitalier *alpha*. La population locale peut ainsi bénéficier de l'expertise d'un certain nombre de spécialités, telles que la diabétologie, l'urologie, etc. L'intérêt est double : d'une part, ce renfort intervient dans la continuité de la réforme des hôpitaux de proximité qui promeut la mise en place de consultations spécialisées, en complément de l'offre libérale, et d'autre part, la fluidification du parcours patient, notamment lorsque ce dernier doit être hospitalisé. Néanmoins, l'hôpital de proximité ne doit pas être « *qu'une réserve de lits pour l'hôpital de bêta. (...).* » (Vague II, entretien N°8). C'est pourquoi la qualité du partenariat devra prendre en compte les impératifs de chacun. Quoi qu'il en soit, la coopération entre *alpha* et *bêta* a démontré toute son efficacité durant la covid-19 dans la mesure où les différents acteurs ont su s'accorder pour répondre aux besoins de santé du territoire.

Ensuite, la direction commune permet de dépasser et de compléter le PMP du GHT. En effet, le centre hospitalier *alpha* a associé l'établissement support à la construction du PTS qui fédère aussi les acteurs locaux. Cette démarche renforce le partenariat entre les différentes institutions et facilite également les relations entre les acteurs du secteur public et les acteurs du secteur privé en limitant la concurrence. Le centre hospitalier *bêta* veille ainsi aux besoins de l'hôpital de proximité et participe activement à son développement.

Enfin, la direction commune peut permettre la mutualisation des compétences médicales pour lesquelles l'hôpital de proximité peine à recruter, comme le précise le professionnel suivant : « *On mutualise, au-delà des fonctions supports, sur les fonctions pour lesquelles les établissements ont du mal à recruter. Au-delà de ce qu'on a mis en place, je compte aussi sur la direction commune pour avoir un poste de médecin gériatre partagé sur les deux établissements. Je pense que ça serait peut être plus attractif pour recruter les professionnels.* » (Vague II entretien numéro 2).

En définitive, si la question de l'accès aux compétences médicales constitue un élément central des orientations retenues par les GHT, la direction commune est un cadre facilitateur dans le cadre du recrutement du personnel médical.

La mise en place d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité peut donc présenter différents avantages. En revanche, si la base juridique des directions communes existe, elle ne dit rien sur la manière d'organiser la gouvernance d'un hôpital de proximité dans ce cadre. C'est pourquoi il convient désormais de mettre en exergue les conséquences potentiellement inconfortables de l'instauration d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité avant de décliner certaines préconisations.

2 La direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : des risques appelant la mise en œuvre de certaines préconisations

Si la direction commune présente différents avantages, elle peut aussi impacter l'équilibre d'un hôpital de proximité et mettre en difficulté les acteurs de la structure (2.1). A ce titre, différentes préconisations peuvent être formulées pour renforcer la gouvernance de la direction commune (2.2) et le pilotage de l'hôpital de proximité (2.3).

2.1 Des risques qu'il convient de mesurer

L'organisation de la direction commune peut engendrer un manque de proximité de la direction (2.1.1). Cette situation inconfortable n'est pas sans conséquences sur le collectif de travail (2.1.2) et l'efficacité de l'établissement (2.1.3).

2.1.1 La perte de proximité

Plusieurs configurations existent dans le cadre de la mise en œuvre d'une direction commune entre deux ou plusieurs établissements. Concernant l'hôpital *alpha*, un directeur délégué doit assurer une présence théorique de trois jours par semaine pour manager l'hôpital de proximité.

Par ailleurs, d'autres établissements optent pour une stratégie différente et proposent de garantir la présence d'un directeur à temps complet sur sa fonction de directeur délégué : « *Il y a dans chacun des établissements une direction déléguée à temps complet. L'objectif c'est d'avoir un double niveau d'action : Bien évidemment, avoir ces directions déléguées qui vont être des référents pour les équipes, pour les organisations syndicales, et des référents pour les élus. J'aurais pu demander à chaque direction fonctionnelle d'agir en transversal. Ce n'est pas le choix que nous avons retenu. Nous avons retenu, suite à notre séminaire de direction, la mise en place de directions déléguées. Ils ont une délégation de signature de ma part. Ils agissent en lien avec les directions fonctionnelles.* » (Vague III, entretien N°5). Loin d'être à la portée de tous les établissements, cette initiative favorise la présence du directeur délégué à temps complet sur un site et lui permet de pouvoir éventuellement s'appuyer sur les compétences des directions adjointes.

Quoi qu'il en soit, le défaut de proximité est un risque qu'il convient de mesurer, notamment pour les conséquences qu'il peut engendrer. En effet, si le centre hospitalier *alpha* n'a pas été impacté par un mouvement social lors de la mise en œuvre de la direction commune, ce n'est pas le cas de toutes les institutions : « *La présence sur site demeure un prérequis. Avec ma collègue, on partageait les établissements. Pour autant, on se rend compte qu'il y a vraiment besoin d'une proximité. C'est difficile de faire admettre qu'il n'y a pas de directeur sur chaque site. Les équipes ont la sensation de perdre un interlocuteur de proximité. L'absence de directeur sur site est un frein énorme à la direction commune, ce qui n'a pas manqué de bouleverser le climat social.* » (Vague III, entretien N°4).

Ensuite, la direction commune présuppose également une certaine gymnastique intellectuelle qui n'est pas toujours simple à appréhender pour un directeur. En effet, la situation du centre hospitalier *alpha* nécessite que le directeur délégué soit capable d'articuler et de concilier ses missions sur deux sites. Cet exercice est parfois périlleux pour trois raisons principales : d'une part, les structures dans lesquelles exerce le directeur délégué ne sont pas de tailles comparables donc ne possèdent pas les mêmes marges de manœuvre financière. D'autre part, les missions des structures sont sensiblement différentes, ce qui ne les empêche pas d'être complémentaires pour autant. Enfin, l'hôpital de proximité répond à des missions spécifiques et sa configuration fait que le directeur est rarement assisté d'adjoints dans son quotidien. De plus, d'autres relations sont à développer et à entretenir, notamment avec les élus locaux et la médecine ambulatoire qui occupent une place stratégique au sein des hôpitaux de proximité.

Par ailleurs, le risque d'une direction commune est aussi de développer l'éloignement du directeur général des problématiques de l'hôpital de proximité, comme nous l'indique le professionnel interviewé suivant : « *L'inconvénient d'une direction commune, c'est de développer l'éloignement. Le risque, c'est de ne pas trouver le bon équilibre entre ce qui doit être traité sur place et ce qui doit être traité en central. Quand on est éloigné, on a tendance à moins traiter en central et à plus traiter en local. Donc on se retrouve dans une situation où le directeur en central ne voit pas suffisamment les choses pour prendre les bonnes décisions. C'est ce que j'appelle l'éloignement. Le directeur délégué doit donc intégrer le CODIR de l'établissement central et il faut une présence du directeur central aux instances de l'hôpital de proximité donc le conseil de surveillance et le directoire.* » (Vague II, entretien N°3). On voit ici que le directeur général d'une direction commune peut lui aussi se retrouver en difficulté s'il ne prend pas en compte toute la mesure du pilotage de l'hôpital de proximité. Dans ses propositions, le professionnel évoque le directoire et le conseil de surveillance. A ce jour, le directoire du centre hospitalier *alpha* est piloté par le directeur délégué qui l'anime, conformément aux prérogatives de la loi HPST du 21 juillet 2009. En revanche, le directeur général assiste au conseil de surveillance de l'hôpital de proximité mais c'est le directeur délégué qui prépare les travaux du conseil de surveillance, en assure le secrétariat et l'exécution de ses délibérations par leur transmission à l'ARS et par leur publication (Keller et al., 2021).

Si le directeur délégué doit assurer une présence optimale au sein de l'hôpital de proximité, le directeur général doit quant à lui veiller à ne pas s'éloigner des problématiques des établissements qui composent la direction commune afin de préserver le collectif de travail et de garantir l'efficacité de la direction commune.

2.1.2 Un collectif potentiellement mis en difficulté

Historiquement, le centre hospitalier *alpha* était piloté par un DESSMS à temps complet. Depuis la mise en œuvre de la direction commune, le management de la structure a été repensé pour faire intervenir un directeur délégué trois jours par semaine. Dans les faits, sa présence est moindre et régulièrement entrecoupée par d'autres missions au sein de l'établissement support.

Par ailleurs, en l'absence du précédent directeur, l'intérim de la direction était assuré par un AAH chargé du pilotage budgétaire. Ce professionnel est aujourd'hui remplacé par un agent du même grade à hauteur de 80% mais uniquement sur le pilotage budgétaire. La situation décrite précédemment n'est pas sans conséquences sur les agents de l'hôpital de proximité, comme l'exprime un professionnel :

« On a changé de management assez radicalement et tout le contexte qui va avec c'est-à-dire, le départ de notre AAH. » (Vague II, entretien N°7). En effet, lors de la mise en œuvre de la direction commune, les professionnels de l'établissement n'ont pas été préparés à la diminution du temps de présence du directeur de site alors qu'ils avaient antérieurement intégré un autre mode de fonctionnement.

Aussi, en l'absence du directeur délégué, le relai n'est plus assuré par l'AAH dans la mesure où son périmètre d'intervention a été réduit. Ce constat rejoint les propos suivants : « Selon moi, un directeur délégué, il doit être présent ou alors il doit s'assurer qu'il existe un relai qui doit tenir la route sur l'ensemble des dossiers. Moi parfois je suis en difficulté car je ne vois pas suffisamment le directeur. » (Vague II, entretien N°6).

De surcroît, les membres de l'équipe de direction doivent être plus attentifs au suivi des dossiers, d'autant que la présence ponctuelle du directeur délégué implique d'autres conséquences : « On n'a pas notre directeur à 100%. Quand il est là, on n'a plus de dossiers à gérer simultanément. On doit l'attendre pour certaines choses donc on va plus doucement quand il n'est pas là. Notre directrice précédente faisait de l'intérim aussi parfois mais notre AAH faisait l'intérim aussi dans ce cas là (...). Notre directeur, il est dans une autre dynamique aujourd'hui mais derrière, il faut suivre, il faut être en capacité de suivre (...). » (Vague II, entretien N°7). Au-delà de la nouvelle gouvernance de l'hôpital de proximité, les acteurs doivent aussi adopter un autre rythme de travail auquel ils n'étaient pas familiarisés, risquant de les mettre davantage en difficulté.

En définitive, parce que « tout changement signifie crise pour ceux qui le vivent » (Crozier et al., 1977 :400), on devine la nécessité d'accompagner une transformation qualifiée de « radicale » par un interviewé pour ne pas déstabiliser le fonctionnement d'un collectif de travail. Néanmoins, le maintien d'un équilibre entre la stabilité et le changement est l'une des tâches les plus difficiles du cadre qui doit veiller à ce que son organisation s'adapte sans désagréments aux transformations impulsées par une modification structurelle (Mintzberg, 2006).

Si les changements impliqués par la mise en œuvre d'une convention de direction commune peuvent mettre en difficulté un collectif de travail, ils peuvent aussi ralentir l'efficacité de l'hôpital de proximité.

2.1.3 Une perte d'efficience pour l'hôpital de proximité

Avec une augmentation croissante du volume des heures supplémentaires pour atteindre 15 100 heures au 31 décembre 2020⁸, l'hôpital de proximité se retrouve dans une situation financière particulièrement fragile. En effet, la diminution du temps de présence du directeur ne lui permet pas d'approfondir certaines problématiques lorsqu'il est présent. Alors que la direction commune porte également l'ambition de rationaliser les dépenses de santé, le bénéfice de sa mise en œuvre reste pour le moment perfectible dans ce domaine. Par ailleurs, comme le précise E. Olivier, « La gestion d'une entreprise privée ou d'une structure publique n'est pas de la responsabilité unique du dirigeant. Même s'il est nécessaire d'avoir un pilote, un interlocuteur unique, gérer les établissements de santé est aussi un travail collectif qui doit mobiliser tout ses acteurs internes » (Olivier, 2018 :450). Néanmoins, la peur peut susciter le désengagement de certains professionnels, limitant ainsi leur implication dans les projets de la structure : « *Ma crainte, c'est d'être absorbé c'est pour ça qu'il faut de l'autonomie dans la conduite des projets. Actuellement, je n'ai plus vraiment envie de m'investir dans l'établissement. J'ai l'impression de subir les évènements.* » (Vague II, entretien N°1).

Parce que la fonction de directeur délégué suppose que le gestionnaire puisse facilement identifier les risques qui pèsent sur l'institution qu'il dirige, la professionnalisation et la montée en compétences des professionnels apparaît plus que jamais indispensable dans le cadre d'une direction commune. Ce constat rejoint les propos suivants : « *Le directeur est présent 3 jours par semaine (...), il me semble qu'il faut renforcer les équipes administratives sur place. C'est la sensation que j'ai. Notamment au niveau de l'autonomie et de la compétence (...). Je reste parfois sans réponse à des questions ce qui est assez déstabilisant. Le directeur devrait pouvoir compter sur eux quand il n'est pas là.* » (Vague II, entretien N°1). C'est à ce titre que le directeur délégué doit être capable de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire qui possède un niveau d'expertise suffisant pour assurer la continuité de l'organisation en son absence. Néanmoins, G. Le Boterf souligne que « si la compétence collective ne peut exister sans compétences individuelles, il devient évident que la compétence individuelle pourra de moins en moins être possible sans compétence collective. » (Le Boterf, 2018 :23). Ainsi, le succès de la mise en œuvre d'une direction commune repose également sur la capacité du gestionnaire à s'appuyer sur un collectif de travail suffisamment solide pour ne pas ralentir le fonctionnement de l'hôpital de proximité.

⁸ Le Centre Hospitalier *alpha* dispose d'un budget de fonctionnement de 17 millions d'euros. Au 31 décembre 2021, le nombre d'Equivalent Temps Plein Rémunéré (ETPR) s'élevait à 276 dont 187 agents titulaires de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

Enfin, la performance d'une organisation repose aussi sur la qualité du dialogue de gestion qui se matérialise par le suivi d'indicateurs de pilotage pour identifier des marges d'action et de progression (Olivier, 2018). Le centre hospitalier *alpha* n'est pas nécessairement familiarisé à cette démarche qui est aujourd'hui incontournable pour suivre le fonctionnement des établissements. Ce constat traduit davantage l'absence de culture du pilotage par les indicateurs que le défaut d'implication des professionnels.

L'ensemble des éléments cités précédemment m'invite à formuler différentes préconisations qui s'inspirent de mes observations, de l'analyse des entretiens et des différentes lectures qui ont pu alimenter l'écriture de ce mémoire.

2.2 Le rôle pivot de l'établissement support de GHT

Pour limiter les risques auxquels sont potentiellement exposés les ex-hôpitaux locaux dans le cadre d'une direction commune, la proximité des directeurs apparaît incontournable (2.1.1). A ce titre, il est nécessaire de s'appuyer sur les compétences de l'établissement support pour renforcer l'efficacité de l'hôpital de proximité (2.1.2) et consolider les filières de prise en charge des patients (2.1.3).

2.2.1 Garantir une proximité suffisante

Si la présence d'un directeur apparaît indispensable au sein d'un hôpital de proximité (A), elle ne doit pas dispenser le directeur général de s'y engager (B).

A) En facilitant les interventions d'un directeur délégué de site

Comme le précise l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son bilan d'étape des GHT, « La nomination d'un directeur délégué peut constituer une solution rassurante pour les personnels du site et garantir la présence d'un interlocuteur direct pour la communauté médicale et pour les personnels soignants, administratifs et techniques, en particulier pour les questions relatives aux conditions de travail, hygiène et sécurité. »⁹ (Igas, 2019 :97). A ce titre, bien que le rôle du directeur délégué ne soit plus à démontrer, il peut paraître utile de déterminer ses modalités d'intervention au sein de l'hôpital de proximité.

⁹ La recommandation N°22 du rapport conforte l'idée de renforcer le pilotage de proximité pour maintenir une gestion locale attentive.

En effet, la direction déléguée doit s'avérer équilibrée, comme l'indique le professionnel suivant : « *Chaque établissement doit avoir la même attention. C'est une équipe de direction commune. Je ne délaisse pas un établissement à un à un autre. Dans les territoires ruraux, il faut des équilibres. On ne peut pas avoir une force centrifuge. C'est ma philosophie de la direction commune avec une équipe de direction qui est organisée en direction commune avec un double impératif : apporter de l'expertise mais avoir une logique de subsidiarité. Chaque établissement à une direction déléguée, c'est écrit dans le règlement intérieur (...).* » (Vague III, entretien N°5).

Enfin, si les modalités de fonctionnement du partenariat ne peuvent apparaître dans la convention de direction commune, il est par ailleurs possible de les clarifier sur d'autres documents, à l'instar du règlement intérieur ou d'une charte de management.

Préconisation N°1 : Déterminer les modalités d'intervention du directeur délégué pour faciliter le management de proximité.

B) En favorisant les interventions du directeur général

Comme évoqué précédemment, la direction commune peut être incarnée par différentes configurations. Dans le cas d'une direction déléguée, l'autonomie du directeur qui assure le management de l'hôpital de proximité peut être un facteur de réussite. Pour autant, elle n'efface en rien le rôle du directeur général.

Comme le précise R. Mucchielli, « Dans la mesure même où le chef représente l'unité d'un groupe, il ne peut y avoir dans une équipe qu'un seul leader. Le bicéphalisme est incompatible avec le fonctionnement harmonieux, a fortiori s'il entraîne, de façon plus ou moins ouverte, une scission. » (Mucchielli, 2016 :12). Dès lors, il convient de trouver le juste équilibre pour ne pas favoriser l'éloignement du directeur général et l'effacement du directeur délégué dans la gestion de l'hôpital de proximité.

Cet équilibre paraît indispensable pour que le directeur général puisse apprécier la qualité du fonctionnement de l'hôpital de proximité et identifier ses marges de progressions. La présence du directeur général au sein des instances de l'hôpital de proximité est souhaitable, notamment au sein du conseil de surveillance qui sera l'occasion pour lui de rencontrer les acteurs du territoire. En revanche, concernant le directoire, sa participation pourrait être appréciée en fonction de l'ordre du jour.

Préconisation N°2 : Faciliter l'intervention du directeur général de l'établissement support au sein de l'hôpital de proximité.

2.2.2 Repenser l'organigramme de la direction commune

Pour renforcer le dynamisme des hôpitaux de proximité, il convient de s'appuyer sur les compétences de l'établissement support de GHT (A) et de développer un contrôle de gestion transversal au sein de la direction commune (B).

A) S'appuyer sur les compétences de l'établissement support de GHT

Comme évoqué précédemment, l'hôpital de proximité peut être limité dans ses marges de manœuvre parce qu'il ne possède pas les compétences et les moyens suffisants de s'engager dans différents projets.

A ce titre, la mise en place de la direction commune a permis au centre hospitalier *alpha* de bénéficier des compétences du centre hospitalier *bêta* dans le cadre de la restructuration de l'établissement. De plus, l'hôpital de proximité profite également de l'intervention du directeur des finances qui apporte une expertise de taille dans le pilotage budgétaire et financier.

Parallèlement à la direction commune, le GHT permet de mutualiser certaines fonctions. Ainsi, le centre hospitalier *alpha* coopère déjà avec la direction des finances, la direction des achats et de la logistique, la direction du Système Information Hospitalier (SIH), la direction des services techniques et la direction des instituts de formation. C'est pourquoi il paraît pertinent de prolonger le cadre des coopérations existantes pour renforcer la place de l'hôpital de proximité sur le territoire. A ce titre, la direction des ressources humaines mériterait d'être consolidée dans la mesure où le pilotage est actuellement organisé par un ACH. Cette proposition permettrait de structurer le service et d'apporter un regard neuf sur les organisations. Quoi qu'il en soit, la poursuite de la mutualisation des directions fonctionnelles ne devra pas entacher le principe d'autonomie auxquels les professionnels de l'hôpital de proximité sont attachés : « *La direction commune doit laisser aux établissements la possibilité de recruter. C'est une condition incontournable pour l'autonomie des établissements.* » (Vague III, entretien numéro 5).

En définitive, si la mutualisation de certaines fonctions est susceptible de représenter un coût pour l'hôpital de proximité, elle peut aussi lui permettre, à plus ou moins long terme, de rechercher l'efficacité des organisations.

Préconisation N°3 : Prolonger le cadre de la direction commune en poursuivant la mutualisation des directions fonctionnelles.
--

B) En instituant un contrôle de gestion au sein de l'hôpital de proximité

Selon H. Bouquin, « le contrôle de gestion est un ensemble de dispositifs utilisant les systèmes d'information et qui vise à assurer la cohérence des actions des managers » (Bouquin, 2014 :11). L'objectif est donc de fournir des repères aux dirigeants pour qu'ils puissent identifier des marges de progression au sein de leurs organisations. Au cœur du management, il est une des clés de la gouvernance hospitalière. En effet, le contexte économique actuel n'épargne pas les établissements de santé qui sont contraints de maîtriser leurs dépenses. Néanmoins, « mieux gérer la dépense publique nécessite de mieux l'analyser et mobiliser ses acteurs » (Olivier, 2018 :450). La nécessité de fédérer le collectif de travail est donc indispensable.

Actuellement, le contrôle de gestion n'est pas organisé au sein de l'hôpital *alpha*. Pourtant, le directeur adjoint chargé des affaires financières qui intervient au centre hospitalier *alpha* détient la responsabilité du contrôle de gestion au sein de l'établissement support. Étendre cette compétence au bénéfice de l'hôpital de proximité pourrait permettre d'améliorer les performances de celui-ci, notamment sur les éléments qui ont constitué le questionnement initial du mémoire. Aussi, cela pourrait permettre d'alerter le directeur délégué sur des situations potentiellement critiques pour l'institution.

Néanmoins, l'efficacité du contrôle de gestion repose aussi sur la qualité du partenariat entre le contrôleur et le responsable de la structure. Comme le précise N. Berland, « le contrôleur de gestion sert un client interne, le manager. Les interactions entre ces deux acteurs conditionnent le résultat du processus final (Berland, 2020 :32). En effet, le pilotage de l'hôpital de proximité *alpha* demeure de la responsabilité du directeur délégué. Cette responsabilité est d'ailleurs partagée avec le directeur général qui doit garder un œil attentif sur le fonctionnement de l'hôpital de proximité. Le contrôleur de gestion, lui, ne fait que documenter l'acte de management.

En définitive, le contrôle de gestion a comme objectif de déterminer la stratégie à entreprendre pour « piloter, guider et anticiper les phénomènes. » (Olivier, 2018 :451). Il peut aussi faciliter l'exercice du métier de directeur délégué, notamment lorsque celui-ci est amené à exercer son activité sur différents sites.

Préconisation N°4 : Repenser l'organisation du contrôle de gestion de la direction commune pour le mettre en œuvre au sein de l'hôpital de proximité.

2.2.3 Développer et renforcer les filières de prise en charge

Le partenariat entre les établissements qui constituent la direction commune pourrait dépasser les lignes du PMP (A). A ce titre, l'établissement support serait en mesure de renforcer les compétences médicales de l'hôpital de proximité (B).

A) En facilitant le partenariat entre les établissements de la direction commune

Actuellement, les établissements membres du GHT sont fédérés par le PMP qui décline la stratégie de prise en charge médicale du groupement. Structuré par différentes filières, l'objectif du PMP est de déterminer le cadre d'intervention de chacun des établissements. L'enjeu est aussi de rechercher une complémentarité de la prise en charge médicale pour répondre aux besoins de santé de la population.

Par ailleurs, la direction commune entre l'établissement support de GHT et l'hôpital de proximité peut apparaître comme une opportunité dans la mesure où les différentes institutions ne sont pas en concurrence. En effet, l'établissement support propose d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que d'autres activités spécialisées tandis que le centre hospitalier *alpha* dispense des soins d'une autre nature, visant principalement à répondre aux besoins d'une population âgée, polypathologique et dépendante : l'enjeu repose sur la cohérence du parcours patient et la fluidification de la filière d'amont et d'aval. Ce constat rejoint les propos suivants : « Niveau coopération, ça se passe bien car ici, on a une position confortable. Il n'y a pas de rivalité entre nous et le centre hospitalier de bêta. Pour les petits établissements, la direction commune c'est un avantage car nous n'avons pas forcément les moyens d'un gros établissement. La DC ne me gêne pas. » (Vague II, entretien N°5).

En définitive, si l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ouvre la possibilité d'instituer une CMG unifiée, la direction commune peut faciliter le rapprochement des différents acteurs. C'est pourquoi il peut paraître souhaitable d'envisager une gouvernance médicale unifiée au sein de la direction commune. Cette initiative, basée sur la base du volontariat, permettrait de consolider les relations des différents partenaires et de renforcer la place de l'hôpital de proximité.

Préconisation N°5 : Consolider les filières de prise en charge des patients en facilitant l'installation d'une CMG unifiée au sein de la direction commune.

B) S'assurer que l'hôpital de proximité possède les moyens de fonctionner

L'hôpital de proximité doit accomplir sa mission dans des territoires parfois peu attractifs. A ce titre, le centre hospitalier *alpha* n'est pas épargné par les difficultés de recrutement, aussi bien au niveau du personnel médical que du personnel non médical. Néanmoins, malgré ces contraintes, l'établissement doit assurer ses différentes missions. L'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité est venue renforcer le rôle de l'établissement support de GHT, notamment dans son article 2. Par ailleurs, si le rôle de l'établissement support est conforté, il ne doit pas pour autant éloigner l'hôpital de proximité des acteurs locaux avec lesquels il partage une relation singulière. Cette coopération a d'ailleurs été la clé de la réussite lors de la mise en place d'un centre de vaccination dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de covid-19 en France.

Dans la continuité de la préconisation N°5, l'appui de l'établissement support pour la mutualisation des compétences médicales au sein de l'hôpital de proximité peut apparaître comme une plus-value. Cela suppose d'être en capacité de mesurer les besoins de l'hôpital de proximité avec lequel l'établissement support partage une direction commune. A ce titre, le centre hospitalier *alpha* a pris l'initiative d'associer l'établissement support dans l'élaboration du PTS. Ainsi, le centre hospitalier *bêta* est au fait des besoins du territoire et peut appuyer les initiatives de l'hôpital de proximité.

Enfin, le partage de compétences existe déjà au sein de la direction commune, notamment par l'intermédiaire des consultations avancées. Aussi, la crise sanitaire contemporaine a facilité l'intervention d'autres professionnels et a permis de prolonger le cadre des coopérations existantes. C'est pourquoi la poursuite du partenariat au sein de la direction commune apparaît opportune et réalisable.

Préconisation N°6 : Renforcer les partenariats médicaux existants pour garantir à l'hôpital de proximité les moyens de fonctionner.

Ainsi, l'engagement de l'établissement support envers l'hôpital de proximité peut faciliter le déploiement et l'efficacité de la direction commune. Néanmoins, le succès de cette démarche doit aussi reposer sur le dynamisme de l'hôpital de proximité qui doit repenser ses modalités de fonctionnement.

2.3 Renforcer la gouvernance interne de l'hôpital de proximité

La clarification des objectifs de la direction commune doit faciliter l'adhésion des acteurs concernés par le projet (2.3.1). A ce titre, la montée en compétences des professionnels paraît indispensable (2.3.2), tout comme le renforcement du pilotage institutionnel (2.3.3).

2.3.1 Clarifier les objectifs de la mise en œuvre de la direction commune

Si le projet de convention de direction commune doit être transparent pour les professionnels de l'hôpital de proximité (A), il doit aussi démontrer toute son utilité auprès des acteurs du territoire (B).

A) Auprès des équipes

Compte tenu des évolutions et des transformations que connaissent les établissements de santé, il demeure indispensable d'accompagner le processus de changement. Parce que la mise en œuvre d'une direction commune peut susciter des inquiétudes, le rôle du directeur délégué et des managers de proximité devra consister à accompagner les équipes dans cette étape.

En effet, différentes conditions sont à réunir pour faciliter la coopération des acteurs. Parmi celles-ci, l'établissement d'une relation de confiance apparaît élémentaire, comme l'indique un professionnel interviewé : « *La confiance est un élément de base dans le cadre de la mise en œuvre d'une direction commune.* » (Vague III, entretien N°2). Ces propos rejoignent l'auteur suivant : « La confiance, c'est à l'évidence une condition essentielle sans laquelle il ne peut y avoir de coopération. Le rôle et le style des managers de proximité y joueront un rôle décisif. Sans management pas la confiance, la coopération sera difficile à obtenir de façon durable. » (Le Boterf, 2015 :79).

Par ailleurs, le changement consiste aussi à donner du sens aux décisions prises. A ce titre, « le travail sur les tenants et aboutissants du projet doit être mené en étroite collaboration avec l'encadrement qui est un acteur essentiel dans l'ensemble de la démarche de conduite du changement. » (Jaspard, 2018 :435). Aussi, l'annonce de la mise en œuvre d'une direction commune devra faire l'objet d'une attention particulière. A cet effet, le directeur délégué du centre hospitalier *alpha* à particulièrement soigné sa présentation au conseil de surveillance en indiquant les tenants et les aboutissants de la démarche, ce qui n'a pas manqué de rassurer ses interlocuteurs.

En définitive, si les directions communes tendent à se multiplier, il convient de ne pas négliger la conduite de projet de sa mise en œuvre de façon à recueillir l'adhésion des professionnels : « L'image que chaque membre de l'équipe se fait de ses partenaires et de l'équipe elle-même comme unité constituée détermine ses comportements. Plus cette image est positive, empreinte de sécurité dans le loyalisme et l'esprit de coopération des autres, plus les conduites de chacun seront naturellement orientées vers de la coopération. » (Le Boterf, 2015 :43).

Préconisation N°7 : Clarifier les objectifs de la mise en œuvre de la direction commune pour favoriser l'adhésion des acteurs de l'hôpital de proximité.

B) Auprès des acteurs du territoire

Au-delà de l'offre de soins qu'il propose, l'hôpital de proximité est aussi caractérisé par les différentes coopérations qu'il tisse avec les acteurs du territoire. Comme évoqué précédemment, le centre hospitalier *alpha* est engagé dans la construction du PTS. Cette démarche lui permet de conforter et de consolider ses liens avec les acteurs de la médecine ambulatoire, mais aussi avec les partenaires du secteur privé. A ce titre, un professionnel interviewé convient que : « *L'enjeu c'est de se préoccuper de la proximité et de s'ouvrir aux acteurs du territoire et à la ville.* » (Vague I, entretien N°1).

L'efficacité de ce partenariat repose sur des relations saines et solides mais aussi sur une coopération médicale qu'il convient de souligner : « *Initialement, les médecins de la ville intervenaient dans les hôpitaux de proximité. Les praticiens qui n'ont jamais exercé en ville n'ont pas la même vision du domicile et c'est ça qui fait notre différence. On fait plus confiance à ce qui se passe en ville ici dans un hôpital de proximité. Il y a une vraie relation de confiance.* » (Vague II, entretien N°1).

En définitive, la nécessité de conforter ces liens apparaît incontournable et dans la continuité de la réforme des hôpitaux de proximité dont le projet doit reposer sur une concertation élargie sur le territoire. C'est pourquoi la mise en œuvre d'une direction commune entre l'établissement support de GHT et le centre hospitalier *alpha* ne doit pas atténuer la relation existante. Si l'adhésion des professionnels de l'hôpital de proximité est une étape incontournable à la mise en œuvre d'une direction commune, celle des acteurs du territoire est tout aussi nécessaire.

Préconisation N°8 : Eclairer les partenaires territoriaux sur les enjeux d'une direction commune et les associer au projet de sa mise en œuvre.

2.3.2 Faire monter en compétence les acteurs de proximité

Le cadre fédérateur d'un projet, tout comme la révision des organisations de travail qui en découle permet d'augmenter le socle de compétences des professionnels (A). À ce titre, le rôle de la direction des soins est essentiel (B).

A) En renforçant la gouvernance interne de l'hôpital de proximité

Si « la confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue » (Mucchielli, 2016 :42), l'engagement des professionnels dans les différents projets de l'établissement est un élément fédérateur. En effet, lors de la rénovation du projet d'établissement de l'hôpital *alpha*, un groupe de travail pluridisciplinaire a contribué à la co-construction du projet social. Partie intégrante du projet d'établissement, le projet social aborde des domaines particulièrement sensibles liés aux ressources humaines, notamment le recrutement, les conditions de travail, la qualité de vie au travail, la formation, etc. Son élaboration repose sur une démarche de dialogue et de concertation avec les acteurs de la structure, y compris les représentants du personnel (Jaspard, 2018). Les éléments abordés au cours des réunions de travail ont permis de rassurer les membres du groupe qui, pour certains d'entre eux, n'ont pas hésité à exprimer leurs inquiétudes quant à la direction commune et ses conséquences éventuelles. C'est le cadre fédérateur du projet social qui a permis aux membres du groupe de travail d'être apaisés avant de s'investir dans une démarche de co-construction. Ce constat fait écho aux propos suivants : « *Il y a eu des modifications de l'organigramme, notamment en lien avec le travail qui a été fait dans le cadre des LDG et du projet social par vous. Le retour que j'ai eu des professionnels, c'est qu'ils ont un grand besoin de proximité avec les cadres ils ont apprécié le travail que vous avez réalisé avec eux. Ils ont apprécié cette proximité. C'était important pour eux d'éclaircir les relations avec le CH de bêta depuis la direction commune.* » (Vague II, entretien N°7).

De plus, l'intégration d'un membre du groupe de travail au sein du directoire de l'hôpital de proximité prolonge la philosophie du projet : « *Je trouve que c'est une excellente idée d'avoir intégré un membre de votre groupe de travail du projet social dans le directoire. Ça peut faire évoluer les pratiques et nous forcer à accepter des choses qu'on n'a pas envie d'entendre.* » (Vague II, entretien N°1). Cette proposition fait suite à la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification qui ouvre de nouvelles perspectives concernant le directoire. En participant à cette instance de concertation, le représentant du groupe de travail pourra suivre de façon opérationnelle la déclinaison du projet.

Enfin, parallèlement au cadre structurant du projet d'établissement, la direction commune suppose aussi de repenser l'organigramme de la structure et de clarifier le rôle de chacun. Ce travail a pu être décliné au cours de l'élaboration des LDG qui a permis de mettre à plat les organisations, en concertation avec les cadres de proximité, qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques. A ce titre, une montée en compétence des managers paraît indissociable de la mise en œuvre d'une direction commune, surtout si elle est à l'origine d'une diminution de temps de présence du directeur délégué qui devra donc s'appuyer sur les compétences de l'équipe. Comme le précise G. Le Boterf, agir en professionnel compétent et responsable est la résultante d'une combinaison qui repose sur le « savoir-agir », le « pouvoir-agir », le « vouloir-agir » et le « devoir-agir ». Ces différentes interactions impliquent nécessairement un engagement du directeur délégué qui devra accompagner les managers de proximité dans ce sens (Le Boterf, 2018).

Préconisation N°9 : Faire monter en compétences les acteurs de proximité et des managers en créant les conditions favorables à leur implication dans la structure.

B) En s'appuyant sur la Coordination Générale des Soins

Le pilotage d'un hôpital de proximité doit reposer sur une coopération efficace entre les différents membres de l'équipe de direction, c'est pourquoi les cadres doivent veiller à créer les conditions favorables à l'accomplissement des tâches et adopter une posture d'accompagnement. Cette règle qui peut paraître fondamentale est essentielle dans le cadre d'une direction commune, notamment si celle-ci est susceptible d'atténuer la présence du directeur délégué de l'hôpital de proximité.

A ce titre, le rôle de la Coordination Générale de Soins (CGS) est primordial. En effet, « dans un contexte où les projets menés concernent en premier lieu les organisations des soins, le rôle de la CGS est majeur. La CGS doit pouvoir apporter son expertise en travaillant sur des projets efficaces (...). » (Jaspard, 2018 :436).

De plus, la maîtrise des charges de personnel est un élément majeur pour garantir la santé financière de l'établissement. C'est pourquoi, au-delà des outils qui doivent être créés pour faciliter la gestion des ressources humaines (guide de Gestion du Temps de Travail, tableau des effectifs, etc), un dialogue de gestion pourrait être mis en place entre la direction des ressources humaines et la CGS.

Enfin, si le rôle de la CGS apparaît indispensable au sein du centre hospitalier *alpha*, c'est parce que la maîtrise des charges de personnel est nécessaire. En effet, le volume des heures supplémentaires accumulées sur les balances horaires du personnel non médical n'est pas la conséquence directe de la mise en place de la direction commune. En revanche, il traduit le besoin d'instaurer un co-pilotage entre la CGS, le service des ressources humaines et la direction des finances afin d'apporter plus de la lisibilité au directeur délégué qui doit être alerté d'une telle situation.

Préconisation N°10 : S'appuyer sur la CGS pour assurer le pilotage de l'hôpital de proximité et garantir d'efficacité des organisations.

2.3.3 Renforcer le pilotage de l'institution

Le directeur délégué d'un hôpital de proximité doit pouvoir s'appuyer sur un collaborateur lorsqu'il est absent (A). Parallèlement, la mise en œuvre d'outils de pilotage paraît incontournable pour suivre l'efficacité de l'institution (B).

A) En désignant un adjoint au directeur délégué

L'instauration d'une direction commune a engendré une diminution du temps de présence du directeur au sein de l'hôpital de proximité. Cette situation met en difficulté les professionnels de la structure, qui sont dans l'attente d'un « relai », comme l'indique un professionnel : *« Il faudrait un relai quand le directeur n'est pas là. Ça devrait peut-être être l'AAH mais je ne sais pas. Je n'ose pas la déranger car elle est dans les chiffres. Historiquement, l'AAH faisait l'intérim de la direction quand le directeur était en CA. »* (Vague II, entretien N°4). On comprend ici la nécessité pour le directeur de devoir « adapter, de façon contrôlée, son organisation à un environnement changeant. » (Mintzberg, 2010 :180).

A ce titre, le directeur délégué a besoin de s'assurer que l'hôpital de proximité est dans la capacité de répondre à ses missions lorsqu'il est absent. Pour cela, dans la continuité des préconisations citées précédemment, le directeur délégué pourrait désigner un adjoint qui serait chargé de superviser la structure en son absence : *« Même avec la direction commune, il y a toujours le système des adjoints. Il faut faire montrer en compétences certaines catégories de personnel quand le directeur délégué est absent. Le directeur délégué a besoin d'adjoints. Il en faudrait un, dans l'idéal, aux RH, aux finances et au niveau technique. On peut imaginer un AAH aux finances, un Technicien Supérieur au niveau technique, un ACH ou un cadre de santé aux RH. »* (Vague II, entretien N°3).

Cette proposition suppose de pouvoir faire appel aux compétences de ses collaborateurs et d'amorcer un travail de réorganisation au sein de l'institution. Néanmoins, le directeur devra veiller à ce que le collectif de travail ne devienne pas « le théâtre et l'enjeu d'une lutte pour le leadership, entre plusieurs leaders potentiels » (Mucchielli, 2017 :70).

Préconisation N°11 : S'appuyer sur un professionnel chargé d'assurer la continuité de l'établissement en l'absence du directeur délégué.

B) En mettant en œuvre des indicateurs de suivi du pilotage

Cette dernière préconisation s'inscrit dans la continuité de la mise en œuvre d'un contrôle de gestion transversal au sein de la direction commune. A ce titre, les décideurs auront besoin de s'appuyer sur un certain nombre d'indicateurs qui leurs garantissent un système d'alerte pour suivre la conjoncture de l'établissement (Olivier, 2018). Ces éléments apparaissent incontournables lors de la mise en œuvre d'une direction commune pour permettre au directeur délégué d'avoir une meilleure lisibilité de la structure. En fonction du niveau de maturité de l'établissement et de la culture institutionnelle, il est possible de suivre différents éléments. Selon l'approche de Kaplan et Norton, quatre types d'indicateurs peuvent être identifiés (Bouquin, 2014) :

- des indicateurs financiers ;
- des indicateurs internes qui concernent l'efficacité des processus clés ;
- des indicateurs qui rendent compte de la satisfaction des usagers ;
- des indicateurs de progrès continu.

La construction d'un tableau d'indicateurs n'est pas un travail isolé du contrôle de gestion. Au contraire, il nécessite d'associer les acteurs de terrain qui doivent comprendre les enjeux du suivi de leur mise en œuvre. A titre d'exemple, le service des ressources humaines du centre hospitalier *alpha* a initié cette démarche suite à la construction des LDG. Initialement bâties pour suivre l'évolution du nombre de contractuels au sein de l'établissement, le tableau de bord s'est rapidement développé pour y intégrer des indicateurs financiers liés à la rémunération (taux de rémunération moyen, volume des heures supplémentaires, etc). Comme l'indique un professionnel, l'objectif est d'informer le directeur délégué en cas de non-respect du plan d'action défini : « *Grâce à des outils de pilotage, comme ce que vous avez mis en place aux RH, on arrive mieux à identifier des problèmes et comme ça, on peut alerter le directeur.* » (Vague II, entretien N°4).

Enfin, la mise en œuvre d'indicateurs de pilotage est un moyen de structurer les organisations et d'impulser un changement de comportement. S'il n'existe pas de modèle unique de tableau de bord d'indicateurs, ces derniers doivent en revanche être compréhensibles par tous et alerter le chef d'établissement en cas d'écart observés.

Préconisation N°12 : Mettre en œuvre et suivre des indicateurs de pilotage pour contrôler la conjoncture de l'hôpital de proximité.

En définitive, ces dernières préconisations viennent compléter le rôle pivot de l'établissement support et ont pour ambition de garantir le succès de l'instauration d'une direction commune. Si les coopérations développées dans ce cadre permettent à l'hôpital de proximité de disposer des moyens d'être plus fort, elles reposent avant tout sur une volonté partagée des acteurs qu'il conviendra d'accompagner pour limiter les incertitudes et la peur de l'engagement. **Le développement du mémoire et les préconisations qui en découlent m'invite donc à rejeter ma première hypothèse et valider partiellement la seconde qui centre le rôle du directeur délégué et la professionnalisation de l'équipe.** En effet, la réussite de la mise en œuvre de la direction commune ne repose pas uniquement sur le rôle du directeur délégué. Elle concerne également le rôle central de l'établissement support qui porte l'ambition d'un projet collectif.

Conclusion

L'élaboration de ce mémoire est l'aboutissement d'une période d'observation de 8 mois qui a pu être corrélée à la conduite de trois vagues d'entretiens et à différentes lectures. Ces éléments m'ont permis de valider la seconde hypothèse de recherche qui promeut l'opportunité de la mise en œuvre d'une direction commune entre un établissement support de GHT et un hôpital de proximité.

Si la loi OTSS du 24 juillet 2019 a permis de rénover les missions attribuées aux hôpitaux de proximité, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à leur labellisation, à leur gouvernance et à leur fonctionnement est venue renforcer le rôle des établissements avec lesquels ils partagent une direction commune.

Incontestablement, l'hôpital de proximité peut gagner en efficience lorsqu'il s'engage dans un partenariat rénové. Néanmoins, la base juridique des directions communes ne précise en rien la façon d'organiser la gouvernance de deux entités juridiques distinctes. A ce titre, différentes préconisations ont pu être formulées. Celles-ci tiennent compte du contexte observé sur le lieu de stage de professionnalisation et ont pour ambition de faciliter la mise en œuvre de la direction commune entre les centres hospitaliers *alpha* et *bêta*.

L'autonomie de gestion du directeur délégué peut présenter l'avantage de garantir une proximité optimale aux professionnels de l'ex-hôpital local. Pour autant, le rôle de la direction générale est tout aussi important dans la mesure où il conviendra de promouvoir le développement d'un partenariat plus transversal, notamment grâce à la mutualisation de certaines directions fonctionnelles qui prolonge les fonctions supports du GHT.

Parce qu'il existe une multitude de configurations possibles, il n'y a pas de recette miracle pour garantir le succès d'une direction commune. En revanche, l'instauration d'une relation de confiance, tout comme la prise en compte de la singularité de chacun, permet assurément de limiter les zones d'incertitude et de faciliter l'engagement des partenaires dans une démarche de coopération.

Bibliographie

- **ARTICLES**

DE GAYE C., août-septembre 2017, « L'hôpital de proximité, maillon structurant du parcours de santé », *Techniques hospitalières – La revue des technologies de la santé*, n°765, pp. 39-40.

DE LARD-HUCHET B., octobre 2017, Conventions de direction commune : Formelles ? Simplement formelles ? », *Gestions Hospitalières*, N°569, pp. 518-520.

DESBRUN D., mars-avril 2017, « Proximité et groupements hospitaliers de territoire », *Revue hospitalière de France*, n°575, pp. 41-43.

JAFFRE D., juin-juillet 2019, « L'hôpital de proximité et ma santé 2022 », *Objectif soins & management - La revue des cadres de santé* », n°269, pp. 25-30

NOUSSEMBAUM G., hiver 2020, « Dossier. Hôpitaux de proximité : faut-il un GHT-exit ? », *Décision et stratégie santé*, n°319, pp. 6-15.

PROCUREUR N., DAGEN P., BRUELLE C., mai 2019, « Hôpital de proximité : 3 ans après les premières nominations quelles leçons en tirer ? », *Finances hospitalières*, n°135, pp. 16-19.

- **CHAPITRES D'OUVRAGES**

JASPARD H., 2018 « Politique sociale et performance », dans *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, France : Presses de l'EHESP, p.429-448.

KELLER C., LOUAZEL, M., 2018 « La coopération territoriale hospitalière », dans *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, France : Presses de l'EHESP, p.97-119

OLIVIER E., 2018 « Le contrôle de gestion et la mesure de la performance », dans *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, France : Presses de l'EHESP, p.449-469.

- **OUVRAGES**

BARDIN L., 2013, *L'analyse de contenu*, 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaire de France, 304 p.

BEAUD S., WEBER F., 2010, *Guide de l'enquête de terrain*, 4^{ème} édition, Paris : La découverte, 334 p.

BERLAND N., 2020, *La contrôle de gestion*, 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 128 p.

BOUQUIN H., KUSZLA C., 2014, *Le contrôle de gestion*, 10^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 598 p.

CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Paris : Editions du Seuil, 436 p.

EYMARD C., 2003, *Initiation à la recherche en soins et santé*, Paris : Lamarre, 244 p.

KELLER C., MOQUET-ANGER M-L., VILLENEUVE P., 2021, *Le droit hospitalier*, 2^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 203 p.

LE BOTERF G., 2015, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 3^{ème} édition, Clermont-Ferrand : Eyrolles, 209 p.

MINTZBERG H., 2006, *Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre*, 2^e édition, Paris : Editions d'Organisation, 284 p.

MOQUET-ANGER M-L., 2021, *Droit hospitalier*, 6^{ème} édition, France : LGDJ, 602 p.

MUCCHIELLI R., 2016, *Le travail en équipe*, 17^{ème} édition, Paris : ESF, 203 p.

MUCCHIELLI R., 2017, *La dynamique des groupes*, 24^{ème} édition, Paris : ESF, 240 p.

- **RAPPORTS ADMINISTRATIFS**

DAGORN C., GIORGI D., PIOVESAN D., 2019. Bilan d'étape des Groupements Hospitaliers de Territoire [en ligne]. [Consulté le 19 Février]. Disponible à l'adresse : [Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire \(GHT\) - IGAS - Inspection générale des affaires sociales](#)

MILON A., 2020. Les GHT, un outil mal adapté à la territorialisation du soin [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2021]. Disponible à l'adresse : [Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin - Sénat \(senat.fr\)](#)

Cour des comptes, 2013. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XI : L'avenir des hôpitaux locaux, p. 307-332 [en ligne]. [Consulté le 23 avril 2021]. Disponible à l'adresse : [Sécurité sociale 2013 | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)

- **TEXTES LEGISLATIFS OU REGLEMENTAIRES**

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n°0296 du 22 décembre 2015

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019

LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, JORF n°0302 du 15 décembre 2020

LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, JORF n°0099 du 27 avril 2021

Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, JORF n°0066 du 18 mars 2021

Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, JORF n°0111 du 13 mai 2021

Décret n° 2010-264 du 11 mars 2010 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF n°0063 du 16 mars 2010

Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement, JORF n°0119 du 24 mai 2016

Arrêté du 27 mai 2019 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique, JORF n°0126 du 1 juin 2019

Arrêté du 5 mars 2021 rapportant l'arrêté du 12 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2015 modifié fixant la liste des établissements publics de santé dans lesquels les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent les fonctions de directeur et modifiant l'arrêté du 21 décembre 2015 modifié précité, JORF n°0065 du 17 mars 2021

Arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé, JORF n°0129 du 5 juin 2021

- **SITE INTERNET**

Fiche de procédure de direction commune, CNG, [Microsoft Word - Fiche procédure DIRECTION COMMUNE \(sante.fr\)](#)

Liste des annexes

Annexe I : Enquête de satisfaction au travail

Annexe II : Grille d'observation

Annexe III : Echantillon d'enquête

Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe V : Analyse thématique des entretiens et verbatim

Annexe I : Enquête de satisfaction au travail

ENQUETE DE SATISFACTION AU TRAVAIL A L'ATTENTION DU PERSONNEL

Ce questionnaire aborde différents aspects de votre vie professionnelle. Il se compose d'une série d'énoncés pour lesquels vous devez indiquer votre position sur une échelle de satisfaction composée de six modalités entre « *pas du tout satisfait* » et « *tout à fait satisfait* ». Soyez spontané(e) et sincère dans vos réponses. Le temps estimé de remplissage est de 20 minutes. Ce questionnaire est confidentiel et est à déposer dans les 3 urnes prévues à cet effet (accueil de l'hôpital, accueil de l'EHPAD et à côté de la porte de la pharmacie) **avant le 15 janvier 2021**.

Les résultats de l'enquête seront présentés sur « YES » ultérieurement et doivent permettre d'alimenter les Lignes Directrices de Gestion (LOI du 6 Août 2019 de transformation de la fonction publique) et le projet social de l'établissement. Merci de votre coopération.

Consigne de remplissage :

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée 0 1 2 3 4 5
Une seule réponse par question est admise

1. ORGANISATION ET CONTENU DU TRAVAIL						
Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
La manière dont le travail est organisé dans mon service	0	1	2	3	4	5
La possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles	0	1	2	3	4	5
La possibilité d'organiser et de réaliser mon travail	0	1	2	3	4	5
Les responsabilités qui me sont confiées dans le cadre de mon emploi	0	1	2	3	4	5
L'aide que je peux apporter aux patients, aux résidents, aux usagers, aux agents.	0	1	2	3	4	5
Mes objectifs de travail m'ont été clairement communiqués	0	1	2	3	4	5
Je sais « qui fait quoi » dans mon service	0	1	2	3	4	5
Le partage de l'information entre collègues (transmissions, consignes)	0	1	2	3	4	5

2. DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL						
<i>Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants</i>	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Mes perspectives de carrière dans mon établissement	0	1	2	3	4	5
La possibilité de bénéficier d'une évaluation annuelle	0	1	2	3	4	5
La manière dont mon travail est évalué	0	1	2	3	4	5
L'information qui m'est donnée sur les formations professionnelles	0	1	2	3	4	5
Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles	0	1	2	3	4	5

3. MANAGEMENT & ENCADREMENT						
<i>Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants</i>	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
La manière dont mon supérieur hiérarchique se comporte avec les membres de son équipe	0	1	2	3	4	5
La manière dont mon supérieur hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe	0	1	2	3	4	5
La manière dont mon supérieur hiérarchique facilite les coopérations entre professionnels	0	1	2	3	4	5
La manière dont mon supérieur hiérarchique anime et motive son équipe	0	1	2	3	4	5
Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	0	1	2	3	4	5
La façon dont mon supérieur hiérarchique gère les absences	0	1	2	3	4	5
Les règles et procédures de remplacement dans mon service	0	1	2	3	4	5
Les règles et procédures d'élaboration des plannings	0	1	2	3	4	5
La façon dont sont gérés les congés et les repos	0	1	2	3	4	5
L'écoute de mon supérieur lorsque je rencontre des difficultés professionnelles	0	1	2	3	4	5
La gestion de l'épidémie COVID-19 par l'encadrement (directeur & cadres)	0	1	2	3	4	5

4. DROIT ET SANTE AU TRAVAIL						
<i>Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants</i>	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
L'accessibilité de l'information relative à mes droits et devoirs dans mon établissement	0	1	2	3	4	5
La communication avec le service des ressources humaines (carrière, rémunération...)	0	1	2	3	4	5
La démarche de prévention des risques professionnels (matériel, formation)	0	1	2	3	4	5
L'intervention de la médecine du travail et des préventeurs (ergonome, formateur prap2s) ?	0	1	2	3	4	5
La prise en compte des problématiques de pénibilité et d'usure professionnelle ?	0	1	2	3	4	5
L'égalité salariale entre les hommes et les femmes	0	1	2	3	4	5
La localisation des locaux destinés aux délégués syndicaux	0	1	2	3	4	5

5. VIE INSTITUTIONNELLE						
<i>Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants</i>	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Les coopérations entre les différents services de mon établissement	0	1	2	3	4	5
L'accessibilité des différents responsables de l'équipe administrative	0	1	2	3	4	5
La circulation de l'information dans mon établissement	0	1	2	3	4	5
Mon niveau d'information sur les travaux conduits par les instances (CLUD, CLAN, CLIN, CSIRMT, CME)	0	1	2	3	4	5
La manière dont les instances remplissent leurs rôles vis-à-vis du personnel (CTE, CHSCT)	0	1	2	3	4	5
Ma connaissance du projet d'établissement et de ses lignes directrices	0	1	2	3	4	5

6. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
Mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle	0	1	2	3	4	5
L'épanouissement dans mon travail	0	1	2	3	4	5
Les relations humaines et l'ambiance entre professionnels dans le service	0	1	2	3	4	5
La possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail d'équipe	0	1	2	3	4	5
Mon travail me permet d'être en cohérence avec mes valeurs personnelles	0	1	2	3	4	5
Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées	0	1	2	3	4	5
La mise en place de la semaine de bien-être dédiée au personnel	0	1	2	3	4	5
Ma qualité de vie au travail durant la COVID-19	0	1	2	3	4	5
Mes tenues professionnelles (pour les agents concernés)	0	1	2	3	4	5
Le vestiaire/espace de rangement des effets personnels	0	1	2	3	4	5
Les espaces dédiés à l'ensemble du personnel (cafeteria, salle de pause)	0	1	2	3	4	5
Les possibilités de stationnement avec mon véhicule personnel	0	1	2	3	4	5

7. VOTRE OPINION GENERALE

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Assez peu d'accord	Assez d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis satisfait(e) de travailler au centre hospitalier de <i>alpha</i>	0	1	2	3	4	5

COMMENTAIRES LIBRES – REMARQUES – SUGGESTIONS – AXES D'AMELIORATION

Vous êtes :

- Soignant
- Non soignant

Votre tranche d'âge :

- Moins de 25 ans
- De 26 ans à 34 ans
- De 35 ans à 44 ans
- De 45 ans à 54 ans
- 55 ans et plus

Ancienneté :

- Moins de un an
- Moins de 5 ans
- Moins de 10 ans
- Plus de 10 ans

Annexe II : Grille d'observation

Thèmes		Conclusion des observations
Cadre institutionnel	Historique de l'institution	<ul style="list-style-type: none"> - Direction assurée par un directeur délégué depuis octobre 2019 ; - Le directeur délégué a exercé la fonction de Directeur des Ressources Humaines au sein de l'établissement support ; - Le directeur succède à un collaborateur qui a effectué un mandat de 15 ans à temps plein ; - La direction était précédemment conjointement assurée avec un AAH polyvalent ;
	Projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement en direction commune avec le centre hospitalier bêta, établissement support du GHT gamma ; - Projet d'établissement en cours de réécriture qui, à ce jour, ne fait pas l'objet d'un groupe de travail spécifique ; - Projet structurant en cours de réalisation : extension de l'EHPAD, déploiement du système d'information dans le cadre de la convergence du système d'information ; - Projet médical qui centre le parcours de patient et le grand âge : transformation de lits de médecine polyvalente en lits de SSR ; - Labellisation hôpital de proximité ;
Organisation de l'établissement	Répartition du travail	<ul style="list-style-type: none"> - En cours de révision dans certains services (notamment au sein du service des ressources humaines) ; - Révision des fiches de poste en cours ;
	Organigramme	<ul style="list-style-type: none"> - Révision des organigrammes (établissement support et lieu d'observation) ; - Modification récente de l'organigramme du centre hospitalier alpha en lien avec l'élaboration des LDG et du projet social ; - Direction des Finances de l'établissement support du GHT qui est intégré dans l'organigramme du centre hospitalier alpha ;
	Rôle du directeur	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur délégué est identifié auprès des différents acteurs de l'institution comme le directeur de l'hôpital ;
	Composition de l'équipe de direction	<ul style="list-style-type: none"> - 4 ACH ; - 3 adjoints administratifs ; - 1 AAH recruté à 80% mais présent physiquement en moyenne deux jours par semaine dont un jour en même temps que le directeur délégué du site ;
	Type de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Ascendante et descendante ; - Management participatif ;

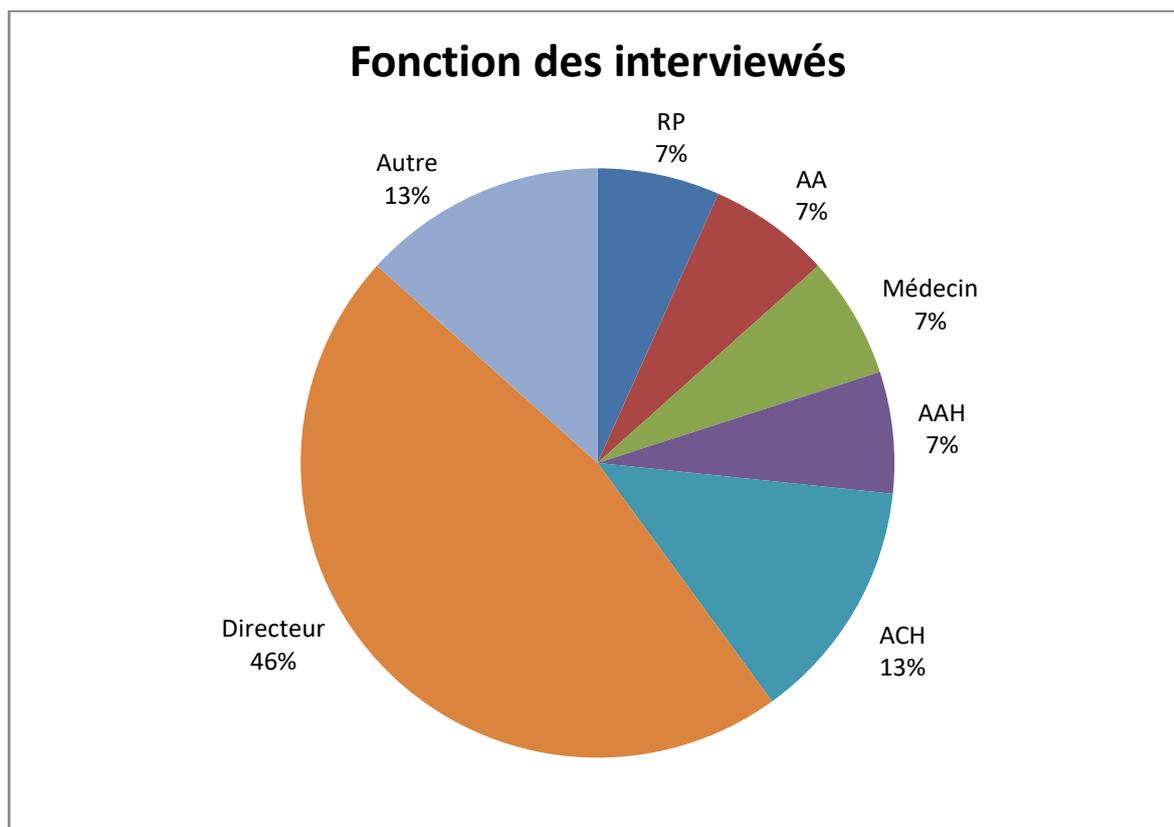
Fonctionnement de l'équipe de direction	Partenaires et réseaux	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements et acteurs du GHT gamma ; - Etablissements médico-sociaux du canton ; - Clinique privée du canton ; - ARS ; - Elus locaux ; - Partenaires extérieurs ; - Usagers
	Animation	<ul style="list-style-type: none"> - Seul le directeur délégué organise des réunions pour fédérer le collectif ; - La cadre supérieur de santé en charge de la direction des soins ne fédère pas son collectif de cadres ;
	Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Projet d'établissement en cours de révision ; - Projet de reconstruction de l'EHPAD avec intervention du centre hospitalier bêta ;
	Réunion (fonctionnement)	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion d'encadrement organisée avec une fréquence mensuelle ; - Absence de l'AAH lors des réunions d'encadrement ;
	Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de direction commune qui prévoit la présence du directeur délégué en moyenne trois jours/semaine mais présence réelle sur site inférieure au temps dédié ; - Absence de relai lorsque le directeur délégué est absent du site de l'hôpital alpha ; - Participation du Directeur Général de l'établissement support au Conseil de Surveillance du centre hospitalier alpha ;
Remarques	Lien entre les membres de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques tensions perceptibles au sein de la l'hôpital alpha qui ont des répercussions sur l'ensemble du collectif ;

Annexe III : Echantillon d'enquête

➤ Les entretiens

VAGUE	ENTRETIEN	FONCTION/LIEU	DATE	DUREE
1 ^{ère} Vague	Entretien N°1	DGOS	25.05.2021	58 min 37 sec
	Entretien N°2	ANCHL	02.06.2021	41 min 23 sec
2 ^{ème} Vague	Entretien N°1	Médecin/CME	01.06.2021	37 min 42 sec
	Entretien N°2	Equipe de direction	02.06.2021	51 min 17 sec
	Entretien N°3	Equipe de direction	03.06.2021	43 min 34 sec
	Entretien N°4	Equipe de direction	08.06.2021	48 min 53 sec
	Entretien N°5	Equipe de direction	08.06.2021	59 min 02 sec
	Entretien N°6	Equipe de direction	08.06.2021	57 min 29 sec
	Entretien N°7	Equipe de direction	10.06.2021	46 min 40 sec
	Entretien N°8	Représentant du personnel	11.06.2021	38 min 12 sec
3 ^{ème} Vague	Entretien N°1	CH Alpha, Département 32	10.05.2021	31 min 06 sec
	Entretien N°2	CH Bêta, Département 11	19.05.2021	13 min 08 sec
	Entretien N°3	CH Gamma, Département 65	21.05.2021	52 min 45 sec
	Entretien N°4	CH Delta, Département 82	25.05.2021	36 min 21 sec
	Entretien N°5	CH Epsilon, Département 12	02.05.2021	41 min 13 sec

➤ **Les interviewés :**



Moyenne d'âge	Durée moyenne expérience professionnelle totale	Durée moyenne dernière expérience dans le grade	Durée moyenne dernière expérience dans l'établissement
49.2 ans	25, 4 ans	18,9 ans	10,1 ans

Annexe IV : Guide d'entretien

Questions	Sous questions
1. Pouvez-vous vous présenter ?	Depuis combien de temps exercez-vous le métier en question ?
	Depuis combien de temps travaillez-vous dans la structure ?
	Qu'elle est la configuration de votre établissement (sanitaire ? MS ? lits ? places ?)
2. Comment est organisée la direction commune dans votre établissement ?	Est-ce que c'était un choix ?
	Y-a-t-il un directeur de site ?
	Avez-vous révisé l'organigramme ?
	Comment la direction commune fonctionne ?
	Quels sont les liens entre les établissements ?
	Avez-vous pu observer des « Changements » depuis la mise en œuvre de la direction commune ?
3. Selon vous, quels sont les facteurs de réussite de la mise en œuvre d'une direction commune ?	La volonté partagée ?
	La redéfinition du travail de chacun ?
	L'autonomie des établissements ?
	La disponibilité (présence) du directeur ?
	La clarification du rôle de chacun ?
4. Selon vous, quels sont les avantages d'une direction commune ?	A creuser en fonction des éléments
5. Selon vous, quels sont les inconvénients d'une direction commune ?	A creuser en fonction des éléments
6. Etes vous satisfait de la direction commune de votre établissement ?	Pourquoi ?

Annexe V : Analyse thématique des entretiens et verbatim

➤ Analyse thématique détaillée

ANALYSE THEMATIQUE															
VAGUE	ENTRETIEN	FONCTION/LIEU	DATE	Attractivité	Autonomie	Confiance	Compétence	Coopération	Culture	Efficience	Filière	Gouvernance	Management	Politique	Proximité
PREMIERE VAGUE	Entretien N°1	DGOS	25.05.2021	x	x	x		x				x			x
	Entretien N°2	ANCHL	02.06.2021			x		x		x	x	x			
DEUXIEME VAGUE	Entretien N°1	Membre de la CME	01.06.2021		x	x				x	x		x		x
	Entretien N°2	Equipe de direction	02.06.2021	x	x			x		x	x		x	x	
	Entretien N°3	Equipe de direction	03.06.2021				x	x		x			x	x	x
	Entretien N°4	Equipe de direction	08.06.2021		x		x			x	x		x		x
	Entretien N°5	Equipe de direction	08.06.2021				x	x		x			x	x	x
	Entretien N°6	Equipe de direction	08.06.2021				x	x		x			x		
	Entretien N°7	Equipe de direction	10.06.2021		x			x		x			x		x
	Entretien N°8	Représentant du personnel	.05.2021		x	x				x		x		x	x
TROISIEME VAGUE	Entretien N°1	CH Alpha, Département 32	10.05.2021					x		x			x		x
	Entretien N°2	CH Béta, Département 11	19.05.2021			x	x			x	x		x		
	Entretien N°3	CH Gamma, Département 65	21.05.2021	x	x	x		x		x			x	x	x
	Entretien N°4	CH Delta, Département 82	25.05.2021	x					x	x			x	x	x
	Entretien N°5	CH Epsilon, Département 12	02.05.2021		x	x	x	x	x	x			x		x
TOTAL	15 ENTRETIENS			4	8	7	6	10	3	13	6	2	13	6	11

➤ Verbatim

Thématique	Entretien	Verbatim
Attractivité	Vague I entretien N°1	<p>« Le sujet de l'incarnation d'un directeur sur un territoire, évidemment c'est souhaitable. Seulement, ce sont des postes peu attractifs. Imposer une présence sur site à temps plein pouvait donc être compliqué (...). Mon propos est de dire que dans un contexte où on a du mal à attirer des professionnels et des directeurs au sein des hôpitaux de proximité, il faut trouver un entre deux entre une présence pas forcément à temps plein d'un directeur et de la proximité avec les acteurs de l'hôpital de proximité et du territoire. La direction commune notamment peut répondre à ce double enjeu. »</p> <p>« Par rapport au sujet des directions communes, c'est un sujet qui est à la fois très rationnel au sens où on sait que ce sont des établissements qui ont parfois du mal à recruter, avec pas mal de vacances de poste par ailleurs. On parle beaucoup de la démographie médicale mais je pense qu'on pourrait aussi évoquer la démographie administrative, c'est le même sujet. Il y a beaucoup de postes vacants au sein des hôpitaux de proximité qui sont peut-être moins attractifs, c'est un fait. La direction commune pour ces établissements, est-ce une bonne chose ou pas, il faut un vrai pilotage par ailleurs. »</p>
	Vague II entretien N°2	<p>« On mutualise, au-delà des fonctions supports, sur les fonctions pour lesquelles les établissements ont du mal à recruter. Au-delà de ce qu'on a mis en place, je compte aussi sur la direction commune pour avoir un poste de médecin gériatre partagé sur les deux établissements. Je pense que ça serait peut être plus attractif pour recruter les professionnels. »</p>
	Vague III entretien N°3	<p>« La direction commune peut permettre de rendre le travail plus attractif pour les directeurs qui ont besoin de beaucoup de responsabilités dans leur quotidien. »</p>
	Vague III entretien N°4	<p>« Un recrutement de D3S est en cours mais à ce jour, nous n'avons aucun candidat. Le métier de D3S n'est plus attractif donc je dois me réorienter sur des profils contractuels, souvent sur des postes de directeur adjoint, qui ont souvent un master mais qui n'ont pas fait l'école de Rennes. Je suis très attachée à l'école de Rennes mais il n'y a pas de candidature. »</p> <p>« Nous sommes au sein d'un petit GHT. C'est une chance de pouvoir être entendue. Mais jusque quand et comment ? La DC n'est pas d'actualité mais face à une pénurie de DESSMS, face à la montée en puissance des GHT, on voit de plus en plus d'hôpitaux de proximité rattaché à un GHT avec des directeurs délégués de site. »</p>

Autonomie	Vague I entretien N°1	« L'autarcie pour un hôpital de proximité, on ne pense pas nécessairement que c'est une bonne chose, avec plusieurs intuitions, encore une fois, le fait de ne pas les laisser totalement autonome au sein d'un GHT et en même temps, de pouvoir leur garantir une certaine marge de manœuvre sur leur territoire. » « Il convient aussi de faire en sorte que l'hôpital de proximité d'un GHT soit renforcé, soit ouvert, puisse avoir une marge pour pouvoir gérer ses relations sur son territoire. »
	Vague II entretien N°1	« Ma crainte c'est d'être absorbé c'est pour ça qu'il faut de l'autonomie dans la conduite des projets. Actuellement, je n'ai plus vraiment envie de m'investir dans l'établissement. J'ai l'impression de subir les évènements. »
	Vague II entretien N°2	« La crainte d'être en direction commune finalement c'est d'être en perte d'autonomie mais comme on peut mettre fin à la direction commune à la demande d'un des deux présidents du conseil de surveillance, c'est quelque chose de rassurant finalement. » « La DC a été à l'initiative de <i>alpha</i> avec certaines contraintes c'est-à-dire que le choix du directeur délégué est soumis à une approbation du président du conseil de surveillance de <i>alpha</i> et que la direction commune ne se transforme pas en fusion des deux établissements, que l'établissement reste autonome dans ses décisions. L'idée c'est quand même que le président du conseil de surveillance d' <i>alpha</i> soit sollicité et émette un avis formel et ça, c'est clairement marqué dans la convention de direction commune pour le choix du directeur délégué. »
	Vague II entretien N°4	« Je n'ai pas peur de la direction commune mais j'ai peur que certains services disparaissent comme la blanchisserie. On doit conserver une certaine autonomie. »
	Vague II entretien N°7	« On a un directeur présent normalement à 60%. Chaque établissement garde son autonomie. Mais concrètement, il n'est pas là à 60%. Cette semaine il est venu 1 jour et la semaine prochaine, c'est pareil. » « Dans la convention, il est écrit qu'on doit garder notre autonomie. Si d'un seul coup, on perd notre identité, ça serait compliqué. On se connaît tous, on connaît les gens sur le territoire. »
	Vague II entretien N°8	« Nous portons la parole des professionnels et nous voulons garder notre autonomie. La direction commune, là, ça se passe bien mais nous ne souhaitons pas de mutualisation trop importante. Je ne souhaite pas travailler à <i>Bêta</i> . Ça ne m'intéresse pas. »
	Vague III entretien N°3	« La crainte des médecins, de certains professionnels, des représentants du personnel etc, c'est de penser qu'on n'a plus son destin entre les mains car on est lié à un autre, de perdre son autonomie. »
	Vague III entretien N°5	« La direction commune doit laisser aux établissements la possibilité de recruter. C'est une condition incontournable pour l'autonomie des établissements. »

Confiance	Vague I entretien N°1	« Lorsqu'il y a un vrai projet et des perspectives, on peut attirer des professionnels. C'est le sens de la réforme, de faire confiance aux HdP en s'organisant pour s'y intéresser et y travailler. »
	Vague I entretien N°2	« Quand on partage des bonnes relations avec son DG et qu'on partage une vision commune, c'est confortable et ça se passe bien. On peut s'appuyer des collègues. »
	Vague II entretien N°1	« Initialement, les médecins de la ville intervenaient dans les hôpitaux de proximité. Les praticiens qui n'ont jamais exercé en ville n'ont pas la même vision du domicile et c'est ça qui fait notre différence. On fait plus confiance à ce qui se passe en ville ici dans un hôpital de proximité. Il y a une vraie relation de confiance. »
	Vague II entretien N°8	« Pour l'instant nous avons confiance. Il n'y a aucun problème. Il faut dire que ça se passe très bien. Mais nous restons vigilants et si ça se passe mal, nous saurons le faire savoir. »
	Vague III entretien N°2	« La confiance est un élément de base dans le cadre de la mise en œuvre d'une direction commune. »
	Vague III entretien N°3	« Une direction commune, c'est chronophage, c'est intéressant mais c'est jouable si on sait placer les hommes et les femmes de confiance au bon endroit. »
	Vague III entretien N°5	« C'est important de mettre les acteurs en confiance. Dès qu'on met quelque chose en place, il y a des points à ajuster. Les projets avancent, c'est l'essentiel. »
Compétence	Vague II entretien N°3	« Même avec la direction commune, il y a toujours le système des adjoints. Il faut faire montrer en compétences certaines catégories de personnel quand le directeur délégué est absent. Le directeur délégué a besoin d'adjoints. Il en faudrait un, dans l'idéal, aux RH, aux finances et au niveau technique. On peut imaginer un AAH aux finances, un Technicien Supérieur au niveau technique, un ACH ou un cadre de santé aux RH. »
	Vague II entretien N°4	« Je souhaite que notre directeur soit plus présent sur le site. Ici, on est très polyvalent. Au sein de l'établissement support, les directions adjointes sont plus grosses car il y a plus d'agents. Le travail est sectorisé. Forcément, on attend que notre directeur nous aide car moi je n'ai pas la compétence de faire certaines choses. »
	Vague II entretien N°5	« Les procédures sont de plus en plus complexes. Pour élaborer un marché il y a une partie technique que je ne maîtrise pas et pouvoir s'appuyer sur un grand centre, c'est une bonne chose. »
	Vague II entretien N°6	« L'avantage de la direction commune, c'est qu'on peut partager des compétences. Clairement avec le directeur des finances de <i>bêta</i> , ça se passe très bien et c'est aidant. »
	Vague III entretien N°2	« Mes directeurs sont tous compétents pour assurer des directions déléguées. Il faut selon moi être en capacité de le faire. »
	Vague III entretien N°5	« On fait monter l'encadrement de proximité en compétence, des cadres supérieurs de santé, des attachés, à qui on donne des missions de suivie, d'alerte. » « Quand il y a besoin d'une présence, il faut mettre le temps nécessaire. C'est pour ça qu'on fait monter en compétences les acteurs de proximité. »

Coopération	Vague I entretien N°1	« Ce qui a été publié tout récemment, c'est l'obligation pour un hôpital de proximité de pouvoir conventionner avec des partenaires territoriaux. On dit dans le texte, le terme n'est pas anodin, l'hôpital de proximité à compétence de co-organiser ses relations avec les acteurs du territoire et ça c'était symbolique, on espère que ça se concrétisera réellement. »
	Vague I entretien N°2	« Tant que vous avez un chef d'établissement qui a une vision positive de l'hôpital de proximité et qui sait comprendre son intérêt sur le territoire, ça se passe bien la coopération est bonne. Quand ce n'est pas le cas, alors là, c'est compliqué. »
	Vague II entretien N°2	« Coopérer est un choix réciproque car de toute façon, l'établissement était dans le GHT depuis sa création, et à mon arrivée, même ni nous n'étions pas en direction commune, on a pu bénéficier de temps mis à disposition de certaines personnes de l'établissement support. Le fait d'être en direction commune, ça ne fait que consolider les partenariats. »
	Vague II entretien N°3	« La plus value d'une direction commune, c'est qu'un GHT ce n'est pas une direction commune justement. Dans un GHT, vous avez l'établissement A qui est différent de l'établissement B et s'il y a l'établissement support, et bien moi je ne peux pas dire aux établissements parties de faire ceci ou cela. Au sein de la direction commune, je peux le dire car c'est moi le directeur. Je n'ai pas d'autorité hiérarchique sur les établissements qui sont membres du GHT. La direction commune, ça permet d'avoir une gestion des projets. Ce n'est pas de la coopération. On n'est pas dans le je travaille avec. On est dans le on travaille et on décide ensemble de faire telle ou telle chose. C'est plus efficace qu'un GHT une direction commune. » « Le poids de l'hôpital général est une aide pour l'Hôpital de proximité. Par exemple, le projet de reconstruction au sein de l'hôpital d' <i>alpha</i> , nous mutualisons des compétences pour suivre le projet. Je m'interroge beaucoup sur l'isolement. Je reviens à ça. Les directeurs sont plutôt seuls dans les territoires ruraux et pas que d'ailleurs, ils sont seuls aussi lorsqu'ils sont à la tête d'une petite structure. »
	Vague II entretien N°5	« Niveau coopération, ça se passe bien car ici, on a une position confortable. Il n'y a pas de rivalité entre nous et le centre hospitalier de <i>bêta</i> . Pour les petits établissements, la direction commune c'est un avantage car nous n'avons pas forcément les moyens d'un gros établissement. La DC ne me gêne pas. » « Il ne faut pas être en concurrence sinon ça fonctionne pas. Il faut de la complémentarité. »
	Vague II entretien N°6	« Dans mon domaine au niveau des finances, je vois une réelle coopération au sein de la direction commune. »
	Vague II entretien N°7	« On entendait parler de la direction commune mais j'ai plus l'impression que c'est le choix du directeur. C'est sûrement stratégique. Après, pour les membres du conseil de surveillance, c'était important de travailler ensemble et de ne pas être dans la concurrence. »

	Vague III entretien N°1	« Si vous avez par exemple une équipe technique qui tient la route, qui répond au besoin c'est bien. Moi ce n'était pas le cas donc grâce aux compétences techniques du centre hospitalier, j'ai pu régler les problèmes sur l'EHPAD en développant de la coopération qui est quand même indispensable dans le cadre d'une direction commune. »
	Vague III entretien N°5	« On travaille ensemble, on a travaillé ensemble sur la gestion des EPI, sur le développement des centres de vaccination, sur la politique des visites durant la crise sanitaire etc. Nous créons actuellement un pool de recrutement territorial afin d'éviter le recours massif à l'intérim. On utilise une frappe collective. »
Culture	Vague II entretien N°8	« Nous avons notre propre culture ici qui n'est pas celle de <i>bêta</i> . Ici c'est la campagne, ce n'est pas la ville. Les cantons sont différents également. Ce n'est pas la même chose, il ne faut pas tout mélanger. »
	Vague III entretien N°4	« Il existe dans les hôpitaux de proximité une culture propre à ces établissements. Il faut être sur le terrain de temps en temps. C'est indispensable. L'hôpital de proximité, c'est un mélange du genre qui porte aussi des valeurs locales, une histoire, la vie d'un village, la relation avec la ville. On se connaît plus ou moins tous. »
	Vague III entretien N°5	« On a au sein de la direction commune, des établissements qui ont tous une place identifiée sur le territoire. Je dirige 6 établissements qui ont leurs particularités propres, leurs histoires, leurs cultures, leurs activités. On n'est pas dans un tout complètement unifié. La place de chaque structure est reconnue. Chaque établissement à sa place. »
Efficienc	Vague I entretien N°2	« GHT oblige, on va sur une intégration de plus en plus importante, et la direction commune voir, la fusion, est vendue comme la panacée universelle alors qu'on cherche juste toujours plus d'efficience. On ne voit pas en quoi une direction commune va apporter de plus dans le cadre d'un GHT, si ce n'est plus de confort pour le directeur délégué. » « D'un côté, on a une multiplication des directions communes mais des pouvoirs publics qui prônent les modes de gouvernance spécifiques pour les hôpitaux de proximité et de l'autre côté, les GHT qui poussent à une intégration sur l'ensemble des champs administratifs pour des raisons d'efficience une fois de plus. » « Pour l'ex hôpital local, la labellisation des hôpitaux de proximité est une opportunité, notamment pour le financement. »
	Vague II entretien N°1	« La direction commune peut permettre de gagner en efficacité et en efficience car ici on mutualise des fonctions techniques qu'il est impossible de rémunérer à temps plein. » « Il y a des fonctions comme le biomédical que je trouve bénéfique dans la direction commune. » « Le GHT permet déjà la mutualisation des fonctions supports et c'est pertinent pour l'harmonisation des pratiques. »

	Vague II entretien N°2	« L'enjeu il est aussi sur les aspects système d'info et sur les achats. Clairement sur les achats, on y gagne en maturité et en maîtrise. Sur le SI, la convergence notamment, même si pour l'hôpital ça représente un coût de plus de 150 000 euros, c'est quand même quelque chose qui peut être intéressant au niveau efficience. »
	Vague II entretien N°3	« Le GHT est un modèle de coopération souple. La direction commune est un modèle de coopération plus efficace et plus intégré. Ce n'est pas forcément à généraliser. Parfois, ce n'est pas nécessaire la mise en place de la direction commune. C'est une question de rapport de taille aussi. L'hôpital d' <i>alpha</i> pouvait continuer sans la direction commune, mais il sera plus efficient à l'avenir. »
	Vague II entretien N°4	« Au niveau financier, on peut faire des économies sur certaines fonctions comme par exemple, au niveau des formations et je pense aussi quand on mutualise les compétences. »
	Vague II entretien N°5	« La direction commune, quoi qu'on en dise, elle permet de faire des économies sur certains postes mais pas sur tous. Je sais qu'on mutualise des compétences, c'est une bonne idée car ici je ne pense pas que l'établissement à les moyens de se payer un ingénieur par exemple alors qu'on en a besoin pour suivre le projet des travaux sur l'EHPAD. »
	Vague II entretien N°6	« C'est clair qu'au niveau financier, on mutualise des fonctions à moindre coût pour l'établissement. »
	Vague II entretien N°7	« On a déjà des fonctions mutualisées avec le GHT. Sincèrement je ne vois pas vraiment l'opportunité de la direction commune même si je trouve que la mutualisation des compétences c'est une très bonne chose et que ça permet de faire des économies apparemment. »
	Vague II entretien N°1	« La direction commune, vous n'avez pas toujours le choix, ça permet de gagner de l'argent (...). Les directions communes, en fonction des gens qui y sont à la tête, ça règle aucun problème, c'est imposée pour gagner de l'argent, alors vous pensez bien Monsieur, on fait avec, c'est une modalité de gestion imposée. Il y a parfois des avantages, parfois des inconvénients, tout dépend comment la direction commune est gérée et acceptée car il y a toujours le petit établissement et le gros. »
	Vague II entretien N°2	« La direction commune, elle a quelque chose d'efficient, dans le sens où c'est économique sur un certain nombre de chose comme des recrutements. »
	Vague III entretien N°3	« Il faut voir le bénéfice pour les différents établissements, l'avantage de la mutualisation des moyens par exemple et son moindre coût. » « La direction commune permet au plus petit d'avoir un directeur des achats, un contrôleur de gestion etc là, on mutualise un certains nombre de fonctions. »
	Vague III entretien N°4	« Quand c'est possible, on peut mutualiser certaines fonctions supports notamment. Chez nous, la blanchisserie est une réussite. Les fonctions supports, c'est quelque chose de positif mais il y a des choses à structurer quand même. C'est aberrant d'avoir deux fonctions identiques sur deux sites qui sont éloignés d'à peine 15 km. Parfois il est nécessaire de rationaliser les fonctions. »

	Vague III entretien N°5	« On apporte une expertise d'ingénierie, d'analyse financière avec une homogénéisation des documents mais chaque établissement à sa vie et ses projets avec des directions déléguées qui font vivre les choses. » « L'intérêt pour les directeurs délégués, c'est de pouvoir s'appuyer sur les directions fonctionnelles. »
Filière	Vague I entretien N°2	« Les hôpitaux de proximité ne peuvent pas être seulement considérés comme de la filière d'aval pour les établissements supports de GHT. » « Il existe des hôpitaux de proximité très intégrés avec une filière identifiée, des consultations avancées, de l'hébergement, de la médecine, du SSR et des hôpitaux de proximité qui vont plutôt fonctionner comme une plateforme de coordination pour les autres acteurs. »
	Vague II entretien N°1	« Dans le cadre du parcours du patient, il y a des liens fonctionnels avec l'établissement support, notamment dans le cadre du parcours du patient. Les liens qui existent ne fonctionnent pas mal et ces liens dépassent parfois le PMP. »
	Vague II entretien N°2	« L'enjeu de départ, c'est d'augmenter la PEC des patients. » « Le choix de la direction commune d' <i>alpha</i> , c'est pour trois raisons essentielles. La première, c'est de développer des filières d'amont et d'aval avec l'établissement support, les consultations avancées pour satisfaire les besoins de la population. L'établissement support peut ainsi attirer des nouveaux patients qu'il peut ensuite, pour fluidifier le parcours du patient renvoyer, chez nous, notamment en SSR ; la deuxième c'est par rapport au projet médical du canton, c'est d'avoir quelque chose de très contractualisé avec l'établissement support et une offre de soins importante, et le troisième point, c'est la possibilité pour l'hôpital d' <i>alpha</i> , de bénéficier d'une expertise sur lesquelles nous sommes en difficulté. »
	Vague II entretien N°4	« La convention de direction commune a été présentée aux instances, au CTE, au Conseil de Surveillance et le directeur a bien insisté en précisant que chaque établissement reste indépendant sur le budget, sur les décisions, sur le personnel, que nous avons quand même un directeur en commun, le DG de <i>bêta</i> , mais que c'est aussi en lien avec le PMP dans le cadre des filières de prise en charge des patients. » « Au niveau médical, on y gagne aussi. Je ne suis pas dans les soins mais je sais qu'il y a des projets avec les médecins et que ça se passe bien. Ça doit rendre service aux patients aussi il me semble. »
	Vague II entretien N°8	« La direction commune elle doit aussi être bonne pour le patient et faciliter les relations. Ici, ce n'est pas qu'une réserve de lits pour l'hôpital de <i>bêta</i> . Il faut que chacun s'y retrouve quand même. »
	Vague III entretien N°2	« On arrive à structurer une filière plus forte quoi qu'on puisse dire. Oui il y a des inconvénients dans une direction commune mais au niveau des filières de prise en charge, nos médecins s'arrangent comme ils peuvent. »

Gouvernance	Vague I entretien N°1	<p>« Le sujet de la gouvernance des hôpitaux de proximité a été identifié dès le lancement de la réforme comme un enjeu, en tout cas pour pouvoir à la fois l'inscrire dans un tout un peu collectif. »</p> <p>« J'ai eu la chance de visiter plusieurs hôpitaux de proximité. Je n'ai pas la prétention de les connaître tous, on est rarement sur les fonctionnements d'un CH classique. Il y a une vraie implication des professionnels, au-delà du métier des soins, un hôpital de proximité c'est de nature différente car les contraintes ne sont pas du même ordre. Ce qu'on souhaite d'un hôpital de proximité, c'est une adaptation aux enjeux du territoire et de la population. Il existe une agilité assez incroyable dans ces établissements, d'ailleurs on peut le constater durant la crise, en une semaine, ils ont pu mettre en place des cellules de crise en lien avec les acteurs du territoire. Là encore, le fait d'avoir inscrit de commission soignante dans les textes, c'est aussi pour être sur des choses beaucoup plus décloisonnées en matière de fonctionnement. »</p>
	Vague I entretien N°2	<p>« La direction commune est imposée sous prétexte de rationalisation d'un certain nombre de processus qui ne sont pas soutenables pour les hôpitaux de proximité comme par exemple, la convergence du système d'information. C'est une gouvernance qui peut sérieusement mettre en difficulté les acteurs de l'hôpital de proximité. »</p>
Management	Vague II entretien N°1	<p>« le directeur est présent 3 jours par semaine et j'ai l'impression que ça suffit mais il me semble qu'il faut renforcer les équipes administratives sur place. C'est la sensation que j'ai. Notamment au niveau de l'autonomie et de la compétence. Je trouve qu'au sein du service RH, ça manque de connaissances de fond. Je reste parfois sans réponse à des questions ce qui est assez déstabilisant. Le directeur devrait pouvoir compter sur eux quand il n'est pas là. »</p> <p>« Il est possible de solliciter le directeur en dehors des trois jours. Quand j'ai besoin de rencontrer le directeur, je le rencontre facilement. Il est disponible. »</p> <p>« Le directeur doit quand même être présent et je n'imagine pas qu'il ne soit pas présent. Il doit être là pour voir les choses et toucher du doigt les problèmes. Justement, quand on est présent que trois jours dans la semaine, il faut creuser les dossiers pour ne pas passer à côté que quelque chose. »</p> <p>« Je trouve que c'est une excellente idée d'avoir intégré un membre de votre groupe de travail du projet social dans le directoire. Ça peut faire évoluer les pratiques et nous forcer à accepter des choses qu'on n'a pas envie d'entendre. »</p>
	Vague II entretien N°2	<p>« 60% de présence, c'est suffisant. C'est parce qu'il y a une équipe qui fonctionne plutôt bien, que la précédente directrice avait fait trois intérim, donc que l'établissement est habitué à se fonctionner. C'est une équipe qui sait rendre compte, qui sait me solliciter, donc oui d'autant que je suis là trois jours consécutifs. Quand je ne suis pas là, c'est normalement l'AAH ou les ACH qui doivent me solliciter. »</p> <p>« Sur la GRH on peut transposer certains outils mais la gestion des carrières est propre à chaque établissement. L'idée c'est de piocher un maximum d'infos et d'échanger entre les différentes directions. Certaines directions éprouvent parfois des difficultés pour partager des informations. »</p>

	<p>Vague II entretien N°3</p>	<p>« Le binôme directeur délégué et le directeur général doit bien s'entendre et s'écouter. On est vraiment sur une dimension managériale. »</p> <p>« Il est légitime que le directeur délégué prenne la main sur l'hôpital de proximité. Moi je suis là pour garantir que ça se passe bien, que c'est conforme à l'intérêt général et que la stratégie est la bonne. C'est comme un directeur de CHU qui a un directeur de site. Le directeur de site il a quand même une très grande liberté pour décider. Le directeur délégué est le directeur fonctionnel. »</p>
	<p>Vague II entretien N°4</p>	<p>« Le problème c'est que le directeur est détaché sur les deux sites donc il n'est pas là tout le temps. Moi, j'ai toujours connu un directeur à temps plein, même quand c'était un intérimaire. »</p> <p>« On doit oublier certaines habitudes car la directrice était là depuis 15 ans. Avant elle, le directeur est resté 5 ans. »</p> <p>« La présence du directeur me manque car on a toujours eu quelqu'un sur place. Là par exemple, ce matin on a eu un courrier pour une situation particulière. Avant de prévenir l'agent, je dois attendre la présence du directeur. »</p> <p>« Il faudrait un relai quand le directeur est pas là. Ça devrait peut être l'AAH mais je ne sais pas. Je n'ose pas la déranger en plus car elle est dans les chiffres. Historiquement, l'AAH faisait l'intérim de la direction quand le directeur était en CA. »</p> <p>« Grâce à des outils de pilotage, comme ce que vous avez mis en place aux RH, on arrive mieux à identifier des problèmes et comme ça, on peut alerter le directeur. »</p> <p>« Il manque quelqu'un qui s'occupe des affaires générales pour faire le lien avec le directeur quand il est pas là. Par uniquement sur mon secteur mais sur tous les secteurs de l'établissement. »</p>
	<p>Vague II entretien N°5</p>	<p>« D'abord le directeur de l'établissement a été présenté comme directeur, puis directeur délégué mais il manque une réunion formalisée pour nous dire qu'on est en direction commune. On a eu la sensation qu'au départ de la précédente directrice, on allait vers une direction commune mais on n'a pas eu une réunion d'information formelle. Après, moi, ça ne me gêne pas car dans le cadre du GHT, j'étais déjà sous la direction du directeur des achats. C'est important de clarifier le rôle de chacun par exemple la place du directeur de <i>bêta</i> et la place du directeur du CH d'<i>alpha</i>. »</p> <p>« Lorsqu'on passe d'un directeur à temps plein à un directeur présent à temps partiel, forcément, il y a une différence. Il faut programmer différemment son temps de travail. Ça engendre du changement. L'aspect humain fait que nous avons des relations différentes. »</p> <p>« Il manque la présence physique d'un directeur. Physiquement, il doit être présent. Qui prend le relai quand il n'est pas là ? On avait un AAH avant qui prenait le relai quand la directrice était absente. Là, on ne sait pas. On a un AAH qui n'est pas toujours là également donc c'est compliqué. »</p>

Vague II entretien N°6	« Selon moi, un directeur délégué il doit être présent ou alors il doit s'assurer qu'il existe un relai qui doit tenir la route sur l'ensemble des dossiers. Moi parfois je suis en difficulté car je ne vois pas suffisamment le directeur. »
Vague II entretien N°7	« On a pas notre directeur à 100%. Quand il est là, on n'a plus de dossiers à gérer simultanément. On doit l'attendre pour certaines choses donc on va plus doucement quand il n'est pas là. Notre directrice précédente faisait de l'intérim aussi parfois mais notre AAH faisait l'intérim aussi dans ce cas là. Après, c'était une directrice qui était là depuis 15 ans donc on n'avait pas le même rythme que maintenant. Notre directeur, il est dans une autre dynamique aujourd'hui mais derrière, il faut suivre, il faut être en capacité de suivre. On suit quand on est là. Le directeur ne voit pas tout car il n'est pas là (...) On a changé de management assez radicalement et tout le contexte qui va avec c'est-à-dire, le départ de notre AAH. »
Vague II entretien N°8	« Il faut un management bienveillant, surtout quand on est pas toujours là pour voir les choses. Attention aux jugements un peu trop rapides. »
Vague III entretien N°1	« Souvent on prend le même modèle de document d'un site à l'autre pour gagner du temps mais ça, c'est possible car les activités sont sensiblement les mêmes. » « J'ai décidé de mettre un AAH au sein d'un établissement ça veut dire me priver de compétences donc je suis obligé de mettre la main à la pâte à un niveau que je ne devrais pas. »
Vague III entretien N°2	« Manager une direction commune ce n'est pas toujours l'eldorado dans sans arrêt l'établissement plus petit pense que je suis là pour le dépouiller. Parfois, je me demande pourquoi je dépense autant d'énergie à faire en sorte que ça fonctionne bien alors que l'établissement peine à comprendre que c'est juste pour son bien. »
Vague III entretien N°3	« J'ai des collègues qui sont sur des missions transversales, comme ma DRH, qui a un secteur d'activité sur 4 établissements. C'est ce que je tente d'étendre avec mes autres adjoints, c'est la même chose par exemple pour mon directeur des achats, ma DAM, ma DSIO. Mon directeur délégué ne gère que le CH X. Concernant le CH Y qui est plus petit, moi j'y vais une demi-journée par semaine, c'est largement suffisant. C'est les collègues qui dirigent aussi. » « Moi, modestement, je tente de démontrer que même si je suis DG de l'établissement support, je ne suis pas là pour dépecer Y mais pour créer des synergies entre les établissements dont j'ai la responsabilité. » « Le directeur doit positionner des référents afin de suivre les dossiers car il est moins présent. »
Vague III entretien N°4	« Il y a un préalable à conduire pour que les pratiques managériales soient les mêmes. Il y a des fonctionnements très encrés d'un côté comme de l'autre. Il y a un gros travail d'harmonisation. Par exemple, ici entre nos deux sites l'organisation des astreintes est différente au niveau du service technique donc ça fonctionne pas. Je n'avais jamais travaillé sur une direction commune. Pour poursuivre la direction commune, il faut une harmonisation des logiciels, des accords locaux etc. On va relancer un travail avec un cabinet conseil. C'est plus simple pour moi de faire intervenir un prestataire extérieur. »

	<p>Vague III entretien N°5</p>	<p>« Chaque établissement doit avoir la même attention. C'est une équipe de direction commune. Je ne délaisse pas un établissement à un à un autre. Dans les territoires ruraux, il faut des équilibres. On ne peut pas avoir une force centrifuge. C'est ma philosophie de la direction commune avec une équipe de direction qui est organisée en direction commune avec un double impératif : apporter de l'expertise mais avoir une logique de subsidiarité. Chaque établissement à une direction déléguée, c'est écrit dans le règlement intérieur. D'ailleurs, je vais ouvrir un poste sur une direction déléguée mais un poste qui sera un poste mixte sur une direction fonctionnelle et sur une direction déléguée. »</p> <p>« La direction commune ce n'est pas tout faire pour le MCO et les EHPAD je m'en moque, pas du tout. »</p> <p>« Il y a dans chacun des établissements une direction déléguée à temps complet. L'objectif c'est d'avoir un double niveau d'action : Bien évidemment, avoir ces directions déléguées qui vont être des référents pour les équipes, pour les OS, et des référents pour les élus. J'aurais pu demander à chaque direction fonctionnelle d'agir en transversal. Ce n'est pas le choix que nous avons retenu. Nous avons retenu, suite à notre séminaire de direction, la mise en place de directions déléguées. Ils ont une délégation de signature de ma part. Ils agissent en lien avec les directions fonctionnelles. La direction des finances effectue tous les documents budgétaires par exemple. On a une direction des finances qui a pris la main sur le territoire. On a une direction du système d'information qui a complètement structurée le SI au niveau territorial avec l'installation du même DPI dans tous les établissements. »</p>
<p>Politique</p>	<p>Vague II entretien N°2</p>	<p>« Il y a un poids politique ici qui fait que je me sens protégé. Je sais que si demain on me dit que la direction commune doit s'arrêter et bien elle s'arrêtera dans les 24h. »</p> <p>« Il faut être avec des élus lucides qui connaissent les enjeux. Si un jour on devait sortir de la DC, il faudra bien identifier les conséquences. »</p>
	<p>Vague II entretien N°3</p>	<p>« Les élus locaux doivent avoir leurs mots à dire dans le cadre de la désignation du directeur délégué, c'est normal. Si demain le directeur délégué fait valoir ses droits à la mutation, il sera légitime que le président du conseil de surveillance valide le choix du directeur délégué, qui sera proposé par moi-même. »</p>
	<p>Vague II entretien N°5</p>	<p>« La situation particulière d'<i>alpha</i> fait que nous sommes protégés mais il n'y a rien d'éternel dans la politique. »</p>
	<p>Vague II entretien N°8</p>	<p>« Ici, évidemment que la politique nous protège et d'ailleurs, nous pensons que <i>bêta</i> y trouve un avantage. C'est évident. »</p>
	<p>Vague III entretien N°3</p>	<p>« La tendance au niveau des GHT, c'est de regrouper les établissements ; logiquement, après une période d'intérim, c'est la direction commune. Il faut que le conseil de surveillance le valide. Je ne pense pas que le moment est idéal pour le CH Delta car les élus ne sont pas favorables. Ils vont avoir le sentiment de se déposséder de quelque chose. Il y a comme un instant politique. »</p>

	Vague III entretien N°4	« Vous devez être parfaitement en accord avec les élus locaux sinon c'est même pas la peine de commencer engager la direction commune. »
Proximité	Vague I entretien N°1	« On aime le terme d'engagement réciproque. L'enjeu c'est de se préoccuper de la proximité et de s'ouvrir aux acteurs du territoire et à la ville. »
	Vague II entretien N°1	« Vu la petite taille de l'établissement, il faut de la proximité avec les équipes pour avoir plus de retour sur investissement du personnel. »
	Vague II entretien N°3	« L'inconvénient d'une direction commune, c'est de développer l'éloignement. Le risque, c'est de ne pas trouver le bon équilibre entre ce qui doit être traité sur place et ce qui doit être traité en central. Quand on est éloigné, on a tendance à moins traiter en central et à plus traiter en local. Donc on se retrouve dans une situation où le directeur en central ne voit pas suffisamment les choses pour prendre les bonnes décisions. C'est ce que j'appelle l'éloignement. Le directeur délégué doit donc intégrer le CODIR de l'établissement central et il faut une présence du directeur central aux instances de l'hôpital de proximité donc le conseil de surveillance et le directoire. »
	Vague II entretien N°4	« Le volume avec l'établissement support n'est pas le même. Ici, on connaît tout le monde. C'est important la proximité dans un hôpital de proximité. Le fait de connaître le poste de l'agent, les particularités de l'agent. »
	Vague II entretien N°5	« On s'est aperçu dans le cadre de votre stage que la proximité c'est important car vous avez fait l'interface avec le directeur. Il faut quelqu'un qui a des compétences transversales pour le faire. Ici, l'AAH pourrait peut être le faire mais elle est à temps partiel. Il faut avoir du temps de faire ça. Il faut être en relation avec tout le monde, même le milieu soignant. Il faut une personne dédiée pour ça. »
	Vague II entretien N°7	« Il y a eu des modifications de l'organigramme, notamment en lien avec le travail qui a été fait dans le cadre des LDG et du projet social par vous. Le retour que j'ai eu des professionnels, c'est qu'ils ont un grand besoin de proximité avec les cadres ils ont apprécié le travail que vous avez réalisé avec eux. Ils ont apprécié cette proximité. C'était important pour eux d'éclaircir les relations avec le CH de bêta depuis la direction commune »
	Vague II entretien N°8	« La proximité avec nos cadres, avec la direction, avec les administratifs c'est quelque chose qui doit rester ici. C'est nécessaire. »
	Vague III entretien N°1	« Vous avez moins de proximité et vous devrez prendre dans vos effectifs pour assurer plus de proximité au sein de la direction commune et qui aura peut être plus de mal à affirmer ses compétences. Ça évite d'avoir un petit bout de directeur qui va papillonner à droite et à gauche, qui va gérer les choses à distance, donc le risque de manque de proximité est réel en direction commune. »
	Vague III entretien N°3	« Dans mon équipe de direction j'ai un collègue ancien D3S qui assure la proximité. Il fait du lien avec le chef de pôle pour centraliser les demandes. Ça marche bien. Les équipes sont attachées à la proximité. »

	Vague III entretien N°4	« La présence sur site demeure un pré requis. Avec ma collègue, on partageait les établissements. Pour autant, on se rend compte qu'il y a vraiment besoin d'une proximité. C'est difficile de faire admettre qu'il n'y a pas de directeur sur chaque site. Les équipes ont la sensation de perdre un interlocuteur de proximité. L'absence de directeur sur site est un frein énorme à la direction commune ce qui n'a pas manqué de bouleverser le climat social »
	Vague III entretien N°5	« La proximité demeure indispensable. Il y a dans ce type d'établissement une autre dynamique. Le directeur délégué doit être dans la proximité. Il doit être capable de faire cette gymnastique intellectuelle. Il doit toucher du doigt les dossiers. »

STURIONE

Bertrand

Novembre 2021

Directeur D'Établissement Sanitaire Social et Médico-Social

Promotion 2020-2021

L'instauration d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : menace ou opportunité ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Rennes

Résumé :

L'hôpital de proximité occupe le cœur de l'actualité hospitalière. En effet, la loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé du 24 juillet 2019 est venue renforcer sa place dans l'offre de soins en lui conférant un rôle singulier. Parallèlement, les coopérations hospitalières tendent à se multiplier et redessinent le paysage sanitaire et médico-social. A ce titre, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité renforce le rôle de l'établissement qui promeut une coopération plus intégrée. Dès lors, l'instauration d'une direction commune entre l'établissement support d'un Groupement Hospitalier de Territoire et un hôpital de proximité constitue-t-elle une menace ou une opportunité pour l'ex-hôpital local ? Cette problématique a fait l'objet d'une observation de 8 mois au cours du stage de professionnalisation de la formation de Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-Social et a pu être corrélée à la conduite de trois vagues d'entretiens. Le développement du mémoire valide l'hypothèse que la direction commune est un gage d'efficacité pour l'hôpital de proximité. Néanmoins, la direction commune peut aussi être vécue comme une menace par ses protagonistes. C'est pourquoi différentes préconisations ont pu être formulées pour faciliter la mise en œuvre d'un partenariat rénové. Si les préconisations s'attachent au rôle du directeur délégué et aux modalités de gouvernance de l'hôpital de proximité, elles s'attardent également sur le rôle pivot de l'établissement support de GHT.

Mots clés :

Coopération, direction commune, GHT, hôpital de proximité

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.