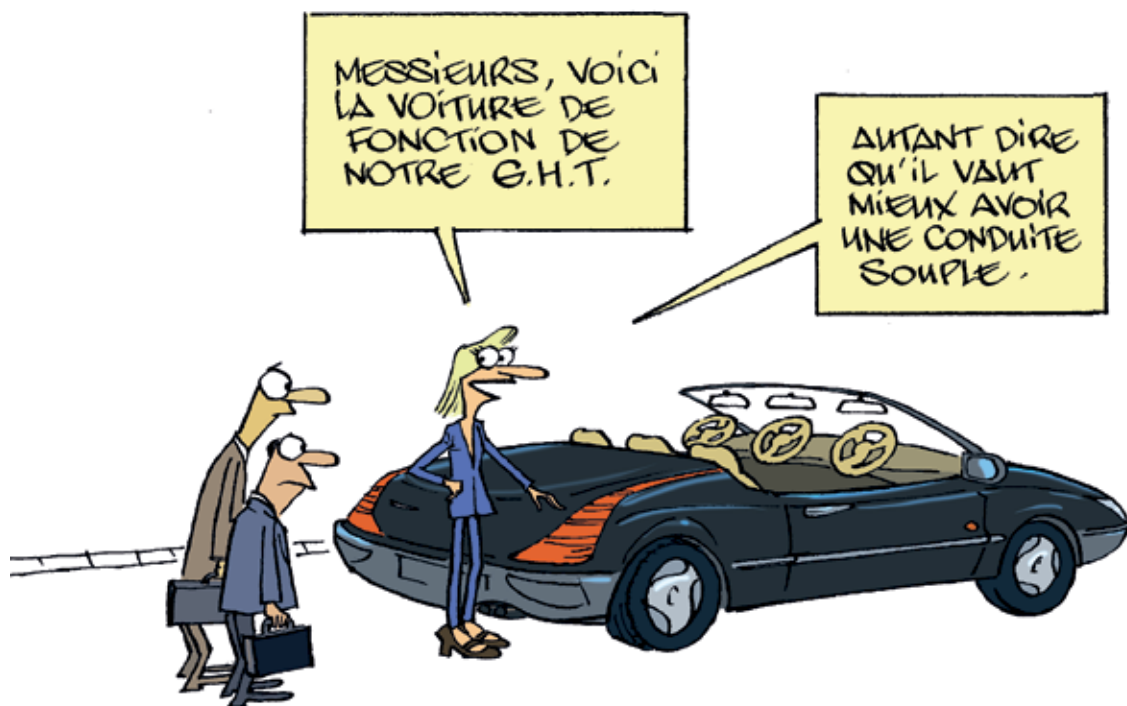


Dans cette période de nouvelles restructurations hospitalières, les directrices et directeurs d'hôpital sont prêts à démontrer, comme ils l'ont déjà fait, leurs qualités, leur sens des responsabilités et leur place dans le management partenarial du système de santé. Ils pourront confirmer à cette occasion la capacité des hospitaliers à mener des restructurations, au bénéfice des patients, des professionnels et du service public hospitalier.

Les groupements hospitaliers de Propositions de l'ADH pour une mise en dans le respect des dirigeants et responsa

Entendue en janvier 2015 par la mission sur la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), pilotée par Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, l'ADH a souligné l'impact qu'auront les GHT sur le métier de directeur d'hôpital et sur l'exercice de celui-ci. Des pratiques nouvelles, des constructions institutionnelles différentes entre établissements, entre directeurs, verront le jour. Les représentations traditionnelles de l'adjoint, du chef, pourront changer. Loin de rejeter toute forme d'évolution, l'Association s'est attachée à rappeler l'importance d'anticiper au maximum les restructurations et s'est engagée à remettre à la mission une contribution relative à l'accompagnement des dirigeants et des responsables hospitaliers dans le cadre de la mise en place des GHT. Dans cette contribution, l'ADH propose des lignes d'action favorisant la

mise en place effective des GHT, dans le respect des acteurs, avec pragmatisme et souplesse. Plus précisément, les réflexions initiées par le groupe de travail ADH ont fait apparaître une volonté forte des dirigeants hospitaliers de s'engager dans la mise en œuvre des GHT, les bénéficiant d'une restructuration territoriale étant clairement identifiés, tant sur l'offre de soin que sur l'efficacité des établissements. Pour que les GHT fonctionnent, les directeurs d'hôpital ont toutefois insisté sur l'importance de préparer très en amont l'organisation territoriale, en donnant notamment aux acteurs les outils nécessaires au pilotage des restructurations. Enfin, les travaux menés ont fait émerger des risques de souffrances individuelles, qu'il sera nécessaire d'anticiper et d'accompagner, tant auprès des directeurs que des responsables médicaux et soignants.



territoire

œuvre efficiente,
bles hospitaliers

Une volonté forte des dirigeants hospitaliers de s'engager dans la mise en œuvre des GHT

Les dirigeants hospitaliers sont majoritairement favorables au développement des coopérations et sont convaincus des bénéfices que peuvent apporter les groupements hospitaliers de territoire, tant sur l'attractivité de l'hôpital public que sur son efficacité, sous réserve d'un dispositif juridique simple, pragmatique, lisible et efficace.

Chez de nombreux dirigeants, il existe même une volonté de structurer encore plus fortement les coopérations. Le renforcement des coopérations interhospitalières est notamment souhaité par les directeurs d'hôpital pour atteindre les objectifs évoqués ici.

Harmoniser et développer une offre de santé territoriale lisible et efficace pour la population

Les dirigeants hospitaliers voient tout d'abord dans la constitution en groupement hospitalier de territoire (GHT) un outil pour améliorer de manière considérable le parcours

patient et adapter l'offre de soins, de manière graduée, aux besoins de la population. La répartition claire et non redondante des activités, autour du projet médical commun, est perçue comme un moyen de renforcer la lisibilité et la qualité de l'offre de soins, dans un souci d'efficacité et de bonne réponse aux besoins de santé.

Par ailleurs, les GHT pourraient permettre de dégager de véritables cartographies de prises en charge par pathologie, dont la diffusion auprès des professionnels de santé puis à la population fait encore défaut.

Améliorer la performance des hôpitaux en diminuant les redondances, en réalisant des économies d'échelle et en mutualisant les fonctions support sur un mode pertinent

Outre les bénéfices perçus de la coopération territoriale pour les usagers, les dirigeants hospitaliers mesurent l'impact positif que pourraient avoir les GHT sur la performance des hôpitaux. La mutualisation des fonctions supports, la réduction des redondances, la mise en place de plateformes logistiques partagées, l'internalisation au sein du groupement de prestations auparavant assurées par des structures extérieures, sont autant de modifications structurelles permettant de poursuivre l'amélioration de la performance des hôpitaux, l'optimisation des coûts et des gains de productivité conséquents.

Pour les dirigeants hospitaliers, la mise en place des GHT est un moyen de mettre un terme à la « mauvaise concurrence », qui existe parfois entre établissements publics de santé, au profit d'une logique de complémentarité et d'émulation. Une stratégie de groupe permet de renforcer la place de chaque structure, de manière plus juste et efficiente, mais aussi de l'hôpital public en général, sans effacer l'émulation entre les composantes. Elle donne une plus grande capacité de négociation face aux partenaires, fournisseurs et interlocuteurs, à l'intérieur comme à l'extérieur du groupement.

Enfin, la coopération représente pour les établissements de taille modeste un moyen de disposer de compétences spécifiques ou rares, de s'appuyer sur une politique commune et de bénéficier d'un soutien logistique et technique parfois nécessaire à leur bon fonctionnement, voire au maintien de leurs activités dans un cadre territorial réorganisé.



Les réorganisations sont un moyen d'adapter l'offre de soins, en permettant à chaque site de se concentrer sur ses points forts et de s'associer aux établissements partenaires pour déléguer d'autres fonctions.

Renforcer les synergies entre établissements, partager les compétences et les expertises, réactiver les solidarités territoriales

Les GHT constituent aussi une solution intéressante pour redynamiser les liens interétablissements et associer les compétences. Les réorganisations qui peuvent en découler sont un moyen d'adapter l'offre de soins, en permettant à chaque site de se concentrer sur ses points forts, son créneau d'excellence, ses spécialités préférentielles, et de s'associer aux établissements partenaires pour déléguer d'autres fonctions. Le groupement permettrait ainsi une amélioration de la visibilité des établissements et de leur image de marque, par l'élaboration d'une stratégie coordonnée et clairement identifiée.

On ne peut nier que la perspective d'un groupement suscite souvent des inquiétudes, parfois la crainte de voir disparaître certaines compétences ou activités. Le groupe de travail de l'ADH ne néglige pas cette réalité humaine et sociologique à laquelle il faut aussi donner réponse. Or, précisément, qu'il s'agisse des équipes médicales, soignantes, administratives ou techniques, les coopérations peuvent donner un moyen de renforcer les compétences de l'ensemble des établissements, par le partage des expertises, le transfert de connaissances et une dynamique de solidarité entre les membres. Pour les membres du groupe de travail, les GHT constituent aussi une opportunité de développer la créativité des acteurs.

Développer l'attractivité de l'exercice médical, soignant, administratif et technique

La constitution en GHT représente pour les dirigeants hospitaliers une des réponses aux problématiques actuelles de recrutement. Une politique de recrutement médical et soignant partagée, concertée, voire unique au sein du GHT, le développement du temps de travail partagé ainsi que la création d'équipes médicales de territoire, accompagnées par des innovations en termes d'intéressement (salarial ou professionnel) ou de revalorisation du statut des praticiens et des personnels concernés, doivent permettre une meilleure utilisation des ressources.

Là encore, ce n'est pas une contrainte mais plutôt une opportunité : de mobilité, de multiplication des opportunités professionnelles, de développement des parcours de carrière personnalisés, non seulement pour les praticiens mais aussi pour les personnels hospitaliers. Dans une société française devenue plus mobile, traversée par les nouvelles technologies et les modes de transport multiples, le système hospitalier peut se renforcer en mettant en place un véritable fonctionnement en réseau, passant les limites traditionnelles de l'établissement hospitalier.

La répartition des praticiens sur le territoire national est évidemment un sujet délicat dans ce domaine. Comme la Fédération hospitalière de France (FHF) et d'autres institutions, l'ADH considère qu'on ne peut faire l'économie d'une régulation nationale, raisonnable et concertée, de la répartition géographique des postes

de praticiens. Une politique efficace dans ce domaine pourrait aussi permettre de lutter contre le recours à l'intérim médical et de développer l'attractivité des carrières à l'hôpital public, si bien sûr le statut de praticien hospitalier (PH) est adapté à ces nouvelles modalités d'exercice. Enfin, une analyse des niveaux de prise en charge par territoire, enrichie d'informations sociologiques et populationnelles, permettrait de mener une politique corrélée de choix et d'affectation des internes selon les spécialités choisies, en relation étroite avec les CHU et les facultés de médecine. ●



Une organisation territoriale à préparer

Pour que les GHT soient effectifs et opérationnels, leur mise en œuvre doit bien sûr être guidée et sous-tendue par des objectifs précis, fondés avant tout sur l'organisation de la prise en charge des patients et la gradation des soins. Il existe en effet de potentiels points de blocage importants, qu'il faut prendre en compte très en amont. Ils concernent aussi bien la définition territoriale des GHT, leur structuration, les outils (juridiques ou techniques) nécessaires à leur mise en œuvre, que des freins psychologiques animés par des ressorts individuels, des inquiétudes catégorielles ou des contextes locaux.

Une double logique de constitution des GHT : de filière et géographique

Au sein du groupe de travail, un certain nombre de préalables et d'impératifs à respecter ont été soulignés. Tout d'abord, la constitution des territoires santé doit répondre à une double logique.

Une logique de filière parfaitement identifiée, permettant de faciliter le

travail en réseau et de structurer l'offre de santé, en valorisant les atouts de tous les établissements publics de santé et en menant une véritable stratégie de groupe. Dans une perspective de gradation des soins, nous pensons que chaque groupement devra être associé à un CHU.

Il convient dans ce cadre d'anticiper les risques de « déséconomies d'échelle »

pour les établissements importants. Dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur les recompositions, il était noté qu'il existe une taille critique minimale, les effets d'échelle étant surtout importants pour un nombre peu élevé de lits. Ainsi, les économies d'échelle auraient lieu jusqu'à 200 lits et les « déséconomies d'échelle » au-delà de 600 lits¹. Ce rendement d'échelle décroissant est dû à des effets d'encombrement endogènes à la grande taille : attente, priorisation, risque de bureaucratisation administrative et médicale, etc. Le risque peut ainsi exister, en théorie, entre 200 et 600 lits. La taille optimale dépend des activités pratiquées et il est difficile d'en tirer des conclusions générales, mis à part sur l'inefficience médico-économique des trop petites structures.

1. Au-delà des questions proprement économiques de la grande taille (raréfaction des ressources, poids des investissements), les organisations de grande taille génèrent des coûts qui leur sont propres (fonctionnement de siège, dispositifs de supervision et de contrôle, enjeux de gestion des ressources humaines [...]). Elles sont aussi menacées par des risques propres à leur complexité comme la bureaucratisation et le manque de visibilité de leur gouvernance. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années », Igas, 2012.

Une étude américaine montre ainsi qu'au-dessus de 200 lits, il n'existe peu ou pas d'économies d'échelle ; entre 200 et 400 lits ce serait la taille optimale pour les soins aigus ; au-dessus de 400 lits, une augmentation des coûts existerait. J. Posnett, 1999, "The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care", *BMJ* 1999 Work Health Consortium.

Une **logique géographique** ensuite, tenant compte du découpage sur la base des bassins de vie, des temps de trajet des patients et de leurs familles, calculés en minutes et non en kilomètres, des flux naturels de patients et des habitudes d'adressage des médecins libéraux. Dans cette perspective, la constitution des GHT doit respecter les spécificités de chaque territoire, sans vouloir absolument calquer un modèle type. Il faut également veiller à constituer des territoires suffisamment homogènes et à taille humaine afin d'éviter les dilutions liées aux délais de transport.

Autre élément important, l'intégration des GHT à la vie des cités, en assurant le lien avec le secteur libéral de ville mais aussi avec les centres de santé, pôles et maisons de santé sur le territoire. Les GHT doivent s'appuyer sur des cartographies des flux de patients établis selon le niveau de soins requis, notamment à partir des données nationales du PMSI. Ils doivent être mis en place en coordination avec les élus locaux, en relançant par exemple certains projets de développement de territoire: désenclavement routier, développement des voies de communication, renforcement des projets de communautés urbaines...

Le développement d'une identité commune, dans le respect de chaque établissement, et une répartition claire des compétences

Pour que les restructurations fonctionnent, il paraît essentiel de veiller à ce que chacun des acteurs y trouve sa place, en donnant du sens à la constitution du GHT. La construction du projet médical commun doit ainsi permettre de susciter l'adhésion des acteurs, facteur déterminant d'évolution.

Le groupe de travail ADH souligne que l'hôpital est par définition un univers humain et sensible, en lien étroit avec la cité, dont la sociologie doit impérativement être prise en compte pour avancer. Les GHT

devront donc créer une identité collective tout en respectant l'identité, la culture et la place de chacune des communautés hospitalières. Le projet de GHT doit veiller à ne pas donner le sentiment que son objectif central serait de «vider des établissements de leur substance», mais au contraire de donner une juste place à chacun sur le territoire ainsi défini.

La répartition des compétences entre les sites et l'établissement pivot (ou la structure assurant la gestion des fonctions support) doit être clairement affichée, dans le respect du principe de subsidiarité: c'est une notion clé exprimée par la majorité des dirigeants hospitaliers ayant participé à la réflexion.

Il a ainsi été suggéré de conserver un degré de proximité fort entre les directeurs et les établissements du GHT et de maintenir certaines instances sur chaque site, avec des compétences pouvant évoluer en fonction du degré d'intégration du GHT. Le souhait de ne pas multiplier les instances lorsque la maturité est suffisante et de ne pas complexifier l'organisation des établissements a été souligné à plusieurs reprises.

L'évolution pragmatique, coconstruite et respectueuse, vers des logiques plus intégratrices suivant la maturation du projet, est perçue comme positive.

Une mise en place progressive et adaptative

Pour les dirigeants hospitaliers, les GHT doivent être mis en place de manière progressive, en respectant le niveau de maturité de chaque territoire. Il paraît ainsi nécessaire d'agir avec pragmatisme, notamment pour la définition du mode de gouvernance: la gouvernance concerne les dirigeants, les responsables médicaux, les responsables soignants et les cadres. Cette gouvernance doit permettre la réactivité, l'efficacité et éviter la création de structures ingérables. Dans le cas où une logique plus intégrée serait retenue,

l'ARS pourrait confirmer la désignation du pilote du GHT en se fondant sur les réelles capacités de *leadership* et l'esprit fédérateur.

Pouvoir disposer d'une instance de décision centralisée

Une gouvernance centralisée et partagée au sein de chaque GHT est une formule soutenue par le groupe de travail ADH. Elle est jugée nécessaire pour tendre vers un objectif défini en commun, pour permettre la mise en œuvre effective de la stratégie commune et l'optimisation des modes de gestion. Pour que cette gouvernance partagée fonctionne, elle doit être fondée sur des orientations stratégiques claires, s'appuyer sur des processus de gestion homogènes, disposer de relais sur chacun des sites, largement impliqués dans la définition des axes stratégiques, et reposer sur une relation de confiance et une communication continue, qualitative, entre les acteurs d'un GHT, qu'ils s'inscrivent ou non dans une logique intégratrice. Une circulation fluide et efficace de l'information, une communication équitable et responsabilisante sont indispensables.

Il est ainsi proposé que l'instance de décision du groupement définisse la stratégie médicale, le système d'information, le plan d'achats et d'équipements, l'analyse de gestion ou encore la communication du GHT. Quant à la gestion des fonctions supports, soit l'établissement pivot est amené à l'assurer, soit des structures de coopérations existantes, du type GCS, peuvent être utilisées. Quoi qu'il en soit, les modes organisationnels devront être clairement et précisément définis dans la convention constitutive du GHT ainsi que dans les documents qui en découlent. Dans la logique progressive mentionnée plus haut, les groupements pourraient évoluer, selon leur niveau de maturité, vers la mise en place de directions communes et disposer alors de la personnalité morale.

Une adaptation des réglementations pour permettre la mutualisation effective des moyens

Il paraît fondamental d'adapter très rapidement les réglementations, pour permettre la mutualisation des moyens et la mise en œuvre simplifiée des pharmacies à usage intérieur (PUI), de l'imagerie, des achats, des recrutements, de la formation et de toutes les prestations de services interétablissements.

Les freins réglementaires actuels à une gestion véritablement partagée entre établissements sont nombreux: code des marchés publics, TVA et fiscalité, règles d'autorisation d'activités, règles d'affectation des recettes T2A, règles de gestion et de stockage des données médicales, règles d'emploi des personnels, règles budgétaires, règles d'urbanisme, etc.

L'ADH souligne tout particulièrement la nécessité de simplifier les conditions dans lesquelles les autorisations (activités, imagerie, etc.) sont accordées ou transférées.

Enfin, l'honnêteté impose d'évaluer l'investissement initial nécessaire à la mise en œuvre des GHT. On ne mènera pas ces réorganisations sans disposer de moyens spécifiques d'accompagnement et sans une politique d'investissement pour soutenir la restructuration de l'offre de soins.

Trop souvent les politiques de réforme territoriale ont buté sur cet obstacle: ni les tarifs des GHS, ni les moyens généraux attribués par ailleurs aux établissements ne sont dimensionnés pour financer des opérations de restructuration territoriale ambitieuses. C'est

en particulier le cas pour le système d'information, la gestion du patrimoine, le regroupement des installations logistiques, l'accompagnement des mobilités individuelles...

L'évolution de la tarification à l'activité

La T2A devra être amenée à évoluer fortement, afin d'éviter les écueils d'une fausse logique concurrentielle entre les établissements du GHT mais au contraire favoriser le renforcement des coopérations médicales interhospitalières. Ce sujet déterminant, souligné depuis des années par l'ADH comme par nombre d'autres acteurs, n'a pratiquement pas évolué à ce jour. Il conditionne directement la réussite des projets de groupement. ●

Quelques pistes d'actions et d'outils concrets pour favoriser la mise en œuvre effective des groupements

- **Formaliser le cadre général des GHT**, les objectifs poursuivis ainsi que le rôle précis des acteurs dans la démarche lors de séminaires régionaux, regroupant l'ARS et les responsables administratifs et médicaux des établissements.
- Lorsque les GHT seront identifiés, **mettre en œuvre une structuration opérationnelle de l'action, simple et pragmatique, fondée sur les réalités locales**, les enjeux, les objectifs et les rendre pleinement effectifs. Les organisations mises en place devront s'assurer de la cohérence et du respect des différents acteurs. Dans ce cadre, l'organisation de la mutualisation des fonctions supports devra être clairement définie et la place et le rôle des acteurs bien identifiés.
- **Mettre en œuvre un plan de formation commun et développer une approche pédagogique et didactique autour du dispositif**; les délégations ou les transferts de compétences doivent être compris et intégrés par les communautés hospitalières concernées.
- **Élaborer un projet commun de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences**, permettant d'identifier les métiers au service du projet commun et les métiers en tension et de définir les modalités de recrutement et de formation.
- **Renforcer la fonction communication**, pour fédérer les équipes autour du projet médical commun, pour expliquer le fonctionnement du GHT et assurer une information continue

et coordonnée avec la communauté hospitalière, les partenaires institutionnels et les ARS.

- **Créer des moments d'échanges** au sein des groupements pour favoriser l'adhésion, engager les établissements, les communautés médicales et créer une identité forte au GHT, intégrant les valeurs de chaque composant et la coopération: réunions d'encadrement régulières, journées de formation en commun...
- **Homogénéiser les pratiques en développant des outils de management** sur le pilotage par projet, des tableaux de bord homogènes, communs et comparables, partagés entre médecins et directeurs.
- **Développer les systèmes d'information communs**, la mise en place de territoires de santé numériques et la télémédecine.
- **Créer une charte de gouvernance**, préservant l'autonomie de chaque établissement dans certains domaines et précisant les domaines pilotés au niveau territorial.
- **Évaluer les dispositifs de coopération**. Dans ce cadre, l'accompagnement des ARS est important.
- **Disposer d'outils logistiques favorisant le travail à distance** (système de visioconférences, télémédecine performante) et d'une flotte de véhicules correctement dimensionnée et de qualité.

Un accompagnement indispensable des situations individuelles, à anticiper et à dimensionner correctement

Pour la majorité des contributeurs, les mutations à venir peuvent ouvrir de nouvelles perspectives : évolution des pratiques managériales, développement de l'envergure des fonctions, projets à mettre en œuvre, richesse des échanges au sein des territoires. Mais ces mutations suscitent aussi de vives inquiétudes, qui pourraient aller à l'encontre de la réussite des projets engagés ou amplifier les risques psychosociaux. Or, si l'on envisage souvent, de nos jours, les dispositifs d'accompagnement social des catégories professionnelles concernées par des réorganisations (projet social, IDV, programme d'accompagnement, etc.), on ne traite pratiquement jamais de la situation des responsables et des dirigeants. L'ADH affirme qu'il s'agit pourtant d'un enjeu déterminant de réussite des réformes annoncées...

Dans un contexte de plan triennal d'économie, la mise en œuvre des GHT impose plus fortement encore de soutenir les acteurs responsables. Il faut impérativement prévoir un accompagnement des chefs d'établissement, des directeurs adjoints, mais également d'autres acteurs, les présidents de CME et les principaux responsables médicaux et soignants notamment. Les travaux menés par l'ADH ont fait émerger des risques de souffrances individuelles fortes, qu'il sera nécessaire d'anticiper, de prévenir ou d'accompagner.

Plusieurs craintes, compréhensibles et légitimes, ont été avancées par les dirigeants hospitaliers consultés :

- risque de disparition d'un management de proximité et de ses effets bénéfiques pour les équipes (reconnaissance, participation aux échanges, implication, connaissance du terrain par les directeurs et les praticiens...); avec en corollaire un risque de perte d'efficacité économique si la structuration du GHT est trop uniforme ou monolithique;

- risque de sentiment de dépossession dans les établissements déléguant ou transférant des fonctions ou des activités à l'établissement support;
- risque de confrontation entre un établissement et un groupement ou entre plusieurs membres du groupement si les situations individuelles sont perçues comme inévitables ou injustes;
- nouvel accroissement de l'intensité au travail (déplacements, instances, *reporting*...), dans des équipes managériales, médicales et soignantes souvent déjà très sollicitées par le « multisite » et par le fonctionnement continu de l'hôpital; risque renforcé de souffrance au travail en conséquence;
- perspectives de carrière modifiées, qui peuvent être perçues comme moins intéressantes si la politique du groupement n'est pas lisible au sein de chacun des établissements membres.

Dans ce contexte, la mise en œuvre des GHT doit être accomplie dans la plus grande transparence, dans un cadre pragmatique, concerté et lisible. Aussi, les points évoqués précédemment (définition du territoire, approche pragmatique, structuration d'une nouvelle gouvernance par les acteurs) seront un gage majeur de réussite.



Il faut impérativement prévoir un accompagnement des chefs d'établissement, des directeurs adjoints, mais également d'autres acteurs, les présidents de CME et les principaux responsables médicaux et soignants notamment.



Les GHT pourront engendrer des mutations de positionnements pouvant être mal vécues sur le plan personnel par les acteurs les plus concernés. Par exemple :

- un chef d'établissement perdant une partie de son autonomie juridique antérieure ou redevenant membre d'une équipe d'adjoints dans le cas de logiques intégratrices ;
- un président de CME s'engageant dans une logique territoriale faisant perdre une partie de son autonomie ou de ses compétences à l'instance qu'il préside ;
- un directeur adjoint amené à changer de secteur ou à travailler au sein d'une direction recomposée territorialement ;
- des chefs de pôles ou de services engagés dans une démarche d'équipe médicale de territoire qui déplacerait les lieux de gestion des activités et des présences...

Pour mettre en œuvre des GHT et piloter ces évolutions au niveau local, les directeurs d'hôpital, l'ensemble des dirigeants hospitaliers et les responsables médicaux ont besoin d'être soutenus et reconnus, à différents niveaux. Ils ont ainsi besoin que les pouvoirs publics accompagnent avec force cette réforme et en expliquent clairement les objectifs, sans non-dits. Ils attendent également :

- un accompagnement bienveillant et individualisé tant par le Centre national de gestion (CNG) que par les agences régionales de santé (ARS), s'appuyant sur l'anticipation des situations individuelles ;
- un intéressement positif pour l'accompagnement des restructurations ;

- le maintien des emplois fonctionnels des chefs d'établissement engagés dans la structuration territoriale et la création d'autres emplois fonctionnels ;
- le maintien des régimes indemnitaires associés aux responsabilités afin de ne pas freiner l'évolution du statut juridique des établissements ;
- la modification des statuts de personnel concernés pour tenir compte des nouvelles modalités d'exercice et la valorisation indemnitaire ;
- la valorisation des recrutements et des postes médicaux partagés.

Le nécessaire respect de tous les acteurs et un accompagnement volontariste par le CNG et les ARS ont été rappelés à plusieurs reprises comme des conditions de réussite.

L'ADH a rassemblé ces réflexions dans le cadre d'un groupe de travail associant des sensibilités multiples et dans un esprit ouvert. Elle les propose aux responsables de la mission GHT, aux autorités nationales, à la FHF ainsi qu'aux représentants des directeurs et aux Conférences nationales.

Elle espère susciter ainsi des discussions innovantes, interprofessionnelles, montrant aux communautés hospitalières que les directeurs, médecins et soignants partagent des objectifs communs de réussite et de gouvernance éclairée.

Elle affirme son attachement à une vision moderne de l'hôpital public et du système de santé en général, dans lequel les cadres dirigeants exercent, avec leurs partenaires, un rôle déterminant pour la réussite des réformes. ●

Ont contribué à la réflexion

Frédéric BOIRON *Président*
 Vincent PRÉVOTEAU *Vice-président, en charge du pilotage du groupe de travail*
 Morgane LE GALL *Responsable de la communication et des affaires générales*

ET LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL :

- | | |
|--|--|
| Karine AYACHE
<i>Directrice des affaires financières
Pôle patients et stratégie
EPS Valvert</i> | Francelyne HIE
<i>Directrice
CHS de La Charité-sur-Loire</i> |
| Sylvain BATY
<i>Directeur des affaires
générales, qualité, information
Hôpitaux du bassin de Thau</i> | Caroline LAMBERT-HEDUY
<i>Directrice des affaires financières
CHS de Montpon-Ménéstérol</i> |
| Samy BAYOD
<i>Directeur des affaires médicales,
coopérations et recherche
CH de Béthune</i> | Guillaume LAURENT
<i>Directeur des ressources
médicales et des coopérations
CHU de Rennes</i> |
| Elisabeth CALMON
<i>Directrice de site AP-HP
Hôpital Sainte-Périne</i> | Anne LAVERNY
<i>Directeur, CH de Condom</i> |
| Hervé CHARBIT
<i>Directeur clientèle et domaines
Directeur délégué
CH d'Auxonne - CHU de Dijon</i> | Marie-Lilian MALAVIOLLE
<i>Directrice, CH de Basse-Terre</i> |
| Bruno CHAUVIN
<i>Directeur, CHD La Candélie</i> | Christian MAUPPIN
<i>Directeur du pôle logistique
CH Sainte-Anne</i> |
| Manuelle COUPET
<i>DRH, CH Alpes-Leman</i> | Jean-Pierre MOISSINAC
<i>Directeur d'hôpital honoraire
Villeurbanne</i> |
| Patricia DE BONNAY
<i>Déléguée régionale
FHF Haute-Normandie</i> | Corinne MOTHES
<i>Directrice
CH Samuel-Pozzi, Bergerac</i> |
| Elisabeth DE LAROCHELAMBERT
<i>Secrétaire générale, EHESP</i> | Laurent MOUTERDE
<i>Directeur, CLS Bellevaux</i> |
| Philippe DE LORME
<i>Directeur des affaires
internationales
CHU de Rouen</i> | Stéphane PARDOUX
<i>Directeur, CHI de Créteil</i> |
| Sophie DELMOTTE
<i>Directrice de la stratégie
CH d'Armentières</i> | Erwann PAUL
<i>Directeur projets, performance,
suivi financier du Pref
CH Sud-Françilien</i> |
| Emmanuel DOIZY
<i>Directeur général adjoint
GH Est-Réunion</i> | Anne PERRIN
<i>Directrice des affaires médicales
AP-HM, siège</i> |
| Laurent DONADILLE
<i>Directeur, CH d'Arles</i> | Vincent PRÉVOTEAU
<i>Directeur, CH de Salon-de-Provence</i> |
| Richard FIZAINE
<i>Directeur logistique,
organisation, achats
Hôpital Paul-Brousse - AP-HP</i> | Marie ROULX-LATY
<i>EDH promotion 53
CHI du Pays d'Aix-Pertuis</i> |
| Pascal FRUCQUET
<i>Directeur du pôle
travaux/achats/logistique
CH de Vichy</i> | Emmanuelle SABOT
<i>Directrice des affaires financières
CH du Pays d'Aix</i> |
| Laurence GARO
<i>Responsable filière DH
EHESP</i> | Philippe SIMONET
<i>Directeur coopérations, réseaux
CH Bretagne-Sud</i> |
| Pierre-Henri GUILLET
<i>Directeur
CH de Château-du-Loir</i> | Monique SORRENTINO
<i>Directeur
CH Villefranche/Tarare/Trévoux</i> |
| | Ronan TALEC
<i>Directeur achats,
logistique et travaux
CH de Saint-Lô/Coutances</i> |
| | Nicolas VILAIN
<i>DRH, CH de Flers</i> |

Réflexion

Directeur... territorial? équilibriste? magicien?

Les nouvelles frontières du métier

Le métier de directeur d'hôpital se transforme... encore. Dans l'environnement changeant et exigeant qui est celui de l'hôpital, tous les métiers ne cessent de se réinventer. Oui, direz-vous, c'est banal, presque un «marronnier» journalistique. Et pourtant, le métier de directeur d'hôpital n'échappe pas à cette règle et la profession se questionne: quelles nouvelles aptitudes devons-nous développer demain?

Pour les uns, le directeur d'hôpital est un manager innovant, pour les autres un entrepreneur public d'un nouveau genre, pendant que certains s'entêtent encore à le dépeindre comme un «administratif» digne des images d'Épinal... C'est en tout cas une espèce difficile à cerner. Selon nous, le métier se situe dans la constellation du «management dans l'espace» évoqué aux Journées nationales de l'ADH. Il s'exerce en effet sur un territoire, qui excède désormais les limites de l'hôpital et prend de plus en plus d'importance dans les décisions. Mais le directeur doit aussi savoir déployer toutes sortes de recettes que l'on peut comparer à celles de l'industrie aérospatiale ou de la conquête de l'espace: quelles solutions apporter face à ce qui paraît *a priori* difficile, voire impossible? Que faire devant un objectif

qui paraît hors d'atteinte? Voici un essai de prospective sur nos futures (et déjà si proches) préoccupations.

La naissance d'un directeur « territorial » ?

La dimension territoriale de l'organisation des soins ne constitue pas une préoccupation nouvelle pour le directeur d'hôpital. Les coopérations interétablissements existent depuis de nombreuses années et revêtent des formes très variées (conventions cadres, FMIH, GCS...). La création des CHT avec la loi HPST a déjà installé les directeurs d'hôpital dans un exercice d'équilibriste visant à piloter leur établissement tout en s'assurant de la cohérence de leurs décisions internes avec la stratégie de groupe public mise en place au niveau de la CHT. À l'hôpital, on parle de territoire depuis des

décennies... Gérer le changement ayant toujours été l'apanage des directeurs d'hôpital, le management territorial ne devrait pas être un bouleversement si important.

Et pourtant, le projet de loi de santé introduit sans doute une rupture avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Leur caractère contraignant, et le transfert obligatoire à un établissement support d'un certain nombre de compétences (achats, formation, SIH,...), va sans doute considérablement transformer l'exercice de la profession de directeur d'hôpital. Ce bouleversement se verra d'ailleurs accru par le rôle que les ARS semblent vouloir faire jouer aux futurs GHT dans le cadre du déploiement du plan triennal d'économies, l'établissement support du GHT devenant l'interlocuteur privilégié de l'ARS sur un territoire.

Une organisation qui suscite de nombreuses interrogations quant à ses impacts sur la profession

Ainsi, quelle sera la place accordée aux chefs d'établissement des établissements non supports de GHT? Leur positionnement vis-à-vis des autorités de tutelles risque d'être profondément modifié. Il en est de même au sein de leurs propres établissements: de nombreuses décisions autrefois de leur seul ressort devront désormais être discutées et faire l'objet de compromis au sein du GHT. Enfin, l'impact statutaire n'est

pas à occulter, notamment la question relative à la liste des emplois fonctionnels. Un tel changement peut engendrer un sentiment de déclassement et de perte de responsabilités chez certains confrères qu'il conviendra de prendre en compte et de traiter.

Mais la création des GHT entraînera également un changement de paradigme pour le directeur de l'établissement support. Il n'est plus question ici de sentiment de déclassement, mais d'une nécessité, parfois complexe, de se projeter dans un exercice de pilotage territorial sans forcément avoir toujours la légitimité pour ce faire (notamment dans le cas des GHT ne bénéficiant pas par ailleurs de conventions de directions communes entre ses membres).

En ce qui concerne les directeurs adjoints, il est évident que la dimension territoriale de leur futur exercice va constituer un changement radical. Celui-ci va demander du temps afin d'appréhender les nouveaux interlocuteurs des établissements partenaires et d'effectuer le travail de fond nécessaire à leur rapprochement (notamment en matière de système d'information). Plus symboliquement, leur place au sein de l'organisation va être amenée à évoluer, parfois fortement.

Ainsi, plusieurs questions se posent à nous : faut-il créer des directions fonctionnelles territoriales ? Quelle dimension d'équipe de direction maintenir au sein des établissements non supports de GHT ? Ces réflexions doivent également prendre en compte l'évolution défavorable du nombre de membres du corps de directeur d'hôpital et la place pouvant être celle des attachés et des ingénieurs...

La création des GHT va donc avoir un impact sans doute majeur sur la profession de directeur d'hôpital, mais il est pour l'instant délicat d'avancer des modèles types d'organisation. Il

est probable que les choix varient en fonction des cultures locales et de la maturité des coopérations préexistantes, voire de l'entente entre les acteurs – on sait que les relations entre responsables, directeurs ou médecins, jouent un rôle majeur dans les relations interétablissements.

Nous pouvons faire confiance aux collègues et à l'intelligence de tous les acteurs de terrain pour réussir ce changement. Mais il faut également que les pouvoirs publics apportent un soutien explicite aux directeurs d'hôpital pendant cette période. Cela passe aussi par une mise en exergue encore plus aiguë pendant le cursus initial de formation des capacités de pilotage, de négociation et de coordination. Le directeur d'hôpital de demain devra en effet savoir « manager dans l'espace ».

Une formation continue spécifique doit pouvoir être délivrée aux directeurs des établissements supports afin de les accompagner dans la mise en place de leur GHT. Enfin, un accompagnement d'adaptation à l'emploi doit pouvoir être mis en place pour les directeurs des établissements non supports, avec un suivi individuel par le CNG qui devrait renforcer le suivi des « viviers » professionnels.

Le directeur d'hôpital magicien ? Rendez-vous « conte » !

Les responsabilités du directeur sur le plan territorial peuvent déjà s'apparenter à un numéro d'équilibriste... Mais que dire des injonctions contradictoires auxquelles il fait face quotidiennement ?

Nous évoluons – en tout cas pour la plupart d'entre nous – dans des établissements en situation budgétaire délicate, pour ne pas dire dégradée. Femmes et hommes pragmatiques, ayant le sens des réalités et des responsabilités, notre action s'ancre dans le souci permanent de préserver la qualité et la sécurité des prises en charge, tout en poursuivant une trajectoire toujours plus incertaine de retour à l'équilibre financier. Les mesures d'optimisation sont connues, les plans d'actions définis et partagés, non sans mal, avec les professionnels de santé, médicaux et non médicaux. Le « Cref » entre dans le langage usuel, le cap est clairement identifié par tous et pour tous – il en va finalement de la capacité de l'établissement à retrouver des marges de manœuvre : il en devient atteignable.

Les épreuves sont nombreuses, mais le directeur fait face : taux d'évolution des dépenses inférieur au taux d'évolution « mécanique », absorption des mesures réglementaires non financées, résorption de l'emploi précaire... Il redouble d'ingéniosité, produit deux EPRD : l'un conforme au taux d'évolution fixé, l'autre intégrant les mesures nouvelles non financées (réforme des astreintes, temps de travail des urgentistes, extension de l'indemnité de service public, revalorisations catégorielles...) qu'il espère équilibrer en fin d'année. Il diffère certains recrutements, réduit l'enveloppe de remplacement, fait la chasse aux vacances « historiques » ; il diversifie les recettes, applique à ses voisins des « frais de gestion » qui alimentent



Nous pouvons faire confiance aux collègues et à l'intelligence de tous les acteurs de terrain pour réussir ce changement. Mais il faut également que les pouvoirs publics apportent un soutien explicite aux directeurs d'hôpital pendant cette période.

son grand écart territorial... Il passe les épreuves une par une. Son abnégation vient finalement à bout du blocage de la situation, l'hôpital continue de fonctionner, toujours plus performant, toujours plus accueillant.

Mais vient toujours l'élément perturbateur, l'annonce qui provoque la situation de blocage, presque désespérée. Alors que les résultats financiers s'améliorent d'année en année, à force d'arguments, de rigueur de gestion, d'effort des équipes, quelles qu'elles soient, apparaît le plan triennal.

Trois milliards d'euros d'économies d'ici à 2017, une gageure ! D'autant que les efforts ne doivent pas se traduire par des coupes budgétaires ou des réductions de personnels, mais par un frein à la hausse des dépenses. L'équation devient intenable : comment absorber 1,5% de mesures réglementaires nouvelles et glissement vieillesse technicité dans un cadre budgétaire dont l'évolution est fixée à 0,5%, sans toucher aux emplois ? Comment résoudre l'équation alors que toutes les mesures d'optimisation (permanence des soins...) ont été mises en œuvre au cours des plans et contrats de retour à l'équilibre successifs, sans avoir recours à l'illusion ou la prestidigitation ?

Non, le directeur d'hôpital n'est pas un magicien, ni le héros légendaire d'un conte fabuleux qui le verrait triompher d'une situation inextricable après un parcours romanesque à travers le chaos...

En revanche, il est une force constructive, pleinement conscient de la conjoncture économique et soucieux d'apporter sa contribution au redressement de la situation et au maintien de la qualité du service public hospitalier.

Finalement, la rationalisation de l'offre de soins sur le territoire met en avant les nouvelles compétences que nous devons développer : s'adapter à la contrainte budgétaire tout en travaillant en partenariat avec les différents acteurs du territoire... ou comment être un Mac Gyver territorial, utilisateur du système D : l'œil rivé sur l'objectif médico-économique, tout en sachant s'en affranchir chaque fois que le bon sens l'exige. ●

Michael BATTISTI *Directeur de la stratégie, des coopérations, des affaires générales et juridiques*

Aurélien CHANNET *Directrice des affaires médicales et de la recherche*

Floriane LOCTIN *EDH promotion 2014-2016*
CHU de Saint-Étienne



L'hôpital, le dessous des cartes

Susanna Crossman, Isabelle Ganon, Bertille Patin, Caroline Ruiller

Un CHU breton voit son quotidien bouleversé par la tentative de suicide d'une aide-soignante d'un service de chirurgie vasculaire, Édith Montreuil. Sollicités par la direction pour mener l'enquête sur les raisons de ce geste, Claude Sevestre et Maeva Delacroix, tous deux consultants psychosociologues, vont tenter de comprendre ce qui s'est joué pour l'aide-soignante. Ils vont, dès lors, découvrir les cartes que tiennent en main les différents acteurs, qui, de près ou de loin, ont été en contact avec elle et vivent comme elle, leur réalité hospitalière : amis, collègues, cadres, médecins, directeurs...

En ayant recours à la fiction, le style adopté pour parler des arcanes de l'hôpital en constitue la véritable innovation. Sous une forme romancée avec un usage subtil de la culture scientifique et de recherches menées dans divers domaines, les auteures opèrent un véritable travail subversif mettant en scène sur le même plan, médecins, directeurs et paramédicaux, habituellement distingués au sein d'une hiérarchie de statut et de fonctions.

Cet ouvrage de vulgarisation permet d'appréhender les processus psychologiques des acteurs dont la responsabilité est engagée, au sein de contraintes imposées par les politiques sanitaires et leurs répercussions sur les pratiques professionnelles, parfois difficiles à assumer.

Les Études hospitalières

Mars 2015 - 24 €