



ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL  
ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES ENSP/EHESP

**Groupements Hospitaliers de Territoire**  
**Contribution du groupe de travail ADH**  
**« Accompagnement des dirigeants**  
**et des responsables hospitaliers »**

**Juin 2015**

**Contacts :**

**Frédéric Boiron – Président**

**Vincent PrévotEAU – Vice-président**

**Morgane Le Gall – Responsable de la communication et des affaires générales**

**Et les membres du groupe de travail (cf. annexe)**

Permanence ADH

Centre hospitalier Sainte-Anne

1 rue Cabanis PARIS 14

T/ 01 45 65 76 92 - F/ 01 45 65 88 60

E-mail/ [permanence@adh-asso.org](mailto:permanence@adh-asso.org)

[www.adh-asso.org](http://www.adh-asso.org)

## Préambule

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, 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.**

L'Association des Directeurs d'Hôpital affirme que l'action des cadres dirigeants est fondamentale dans la définition et la conduite des politiques hospitalières, en relation étroite avec les responsables médicaux et soignants ainsi que les autres professionnels. L'ADH agit dans ce cadre très fréquemment, en cohérence avec d'autres défenseurs du Service Public Hospitalier, notamment la FHF, les conférences de directeurs ou de présidents, ou encore les organisations représentatives des Directeurs d'Hôpital.

Au cours des discussions sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé, l'ADH a pu souligner à plusieurs reprises **l'attachement des directeurs d'hôpital à un Service public moderne, à un management participatif associant l'ensemble des responsables dans une logique de gouvernance éclairée, pour favoriser l'efficacité du système de santé.** Pour y parvenir, le rôle des dirigeants hospitaliers, des médecins responsables, des cadres de santé, doit évidemment être reconnu, non par revendication d'un quelconque « privilège », mais parce que c'est la condition impérative d'un bon pilotage des établissements de santé. La confiance favorise la capacité d'adaptation et évite l'écueil du repli sur soi.

Nous continuerons d'affirmer que la gouvernance hospitalière a besoin de stabilité, non de réformes continues et qu'elle doit rester pragmatique, fondée sur la confiance, ouverte aux équilibres que savent trouver les directeurs et les présidents de CME avec leurs partenaires.

**Dans cette conception, l'ADH considère que la coopération inter-établissements est légitime et même indispensable. Elle constitue un enjeu majeur pour le maintien d'un service public hospitalier puissant, performant et moderne.**

L'ADH a fait part de son soutien à la création des Groupements hospitaliers de territoire, qui peuvent favoriser les stratégies de groupe et, en s'appuyant sur un projet médical de territoire partagé, renforcer la cohérence et la lisibilité de l'offre de soins.

Entendue en janvier 2015 par la mission sur la mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire, 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.**

Dès février 2015, l'Association a initié un groupe de travail dédié et l'a ouvert à l'ensemble de ses adhérents, afin que la contribution remise à la mission soit la plus proche des réalités de terrain et la plus représentative possible des préoccupations des dirigeants hospitaliers. Près d'une quarantaine de directrices et de directeurs, chefs d'Établissements et Directeurs Adjoints, ont souhaité participer à la réflexion, preuve de l'intérêt de la profession pour cette question. **La présente contribution vise à relayer les préoccupations des dirigeants hospitaliers et propose des lignes d'action favorisant la mise en place effective des GHT, dans le respect des acteurs, le pragmatisme et la souplesse.**

## Contribution ADH

### Mission GHT - Accompagnement des dirigeants et des responsables hospitaliers

#### I. 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 des 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, efficace**.

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

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

Tout d'abord, les dirigeants hospitaliers voient dans la constitution en 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 pathologies**, dont la diffusion auprès des professionnels de santé puis à la population, fait encore défaut.

##### 2. 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 support, 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 aujourd'hui 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 efficace, 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.

### **3. Renforcer les synergies entre établissements, partager les compétences et les expertises, réactiver les solidarités territoriales**

Les GHT constituent également une solution intéressante **pour redynamiser les liens inter-établissements et pour 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** et, 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**.

### **4. 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** (qu'il soit salarial ou professionnel) ou de revalorisations 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 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 développer **l'attractivité des carrières à l'hôpital public**, si bien sûr **le statut de 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 dans le cadre des GHT 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**.

## II. 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.

### 1. Une double logique de constitution des GHT : logique de filière et logique 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'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'échelles » après 600 lits<sup>1</sup>. 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.<sup>2</sup> 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.

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 transports.

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...

---

<sup>1</sup>Au-delà des questions proprement économiques de la grande taille (raréfaction des ressources, poids des investissements) ; les organisations des grande taille génèrent des coûts qui leur sont propres (fonctionnement de siège, coûts des 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. IGAS, 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*.

<sup>2</sup>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 et 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*.

## 2. Le développement d'une identité commune, dans le respect de chacun des établissements, 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, co-construite et respectueuse, vers des **logiques plus intégratrices** suivant la maturation du projet est perçue comme positive.

## 3. 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**.

## 4. La possibilité pour le groupement de 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 support, soit l'établissement pivot est amené à l'assurer, soit des structures de coopérations existantes, du type GCS, peuvent être utilisés. **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.

## **5. 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 PUI, de l'imagerie, des achats, des recrutements, de la formation et de toutes les prestations de services inter-établissements.**

Les **freins réglementaires actuels** à une gestion véritablement partagée entre établissements **sont nombreux**. Par exemple : 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...

## **6. 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 inter-hospitalières. **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 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 le rendre pleinement effectif. 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 support 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 ;
- Elaborer 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 pour 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 bords 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 ;
- Evaluer les dispositifs de coopération. Dans ce cadre, l'accompagnement des ARS est important ;
- Disposer d'outils logistiques favorisant le travail à distance (système de visio-conférence, télémédecine performante) et d'une flotte de véhicules correctement dimensionnée et de qualité ;

### III. 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, nouveaux 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 psycho-sociaux.**

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 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 corolaire un risque de perte d'efficience 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 inéquitables ou ressenties comme injustes ;
- **Nouvel accroissement de l'intensité au travail** (déplacements, instances, reporting...), dans des équipes managériales, médicales et soignantes, souvent déjà très sollicitées par le « multi-sites » 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.

**Les GHT pourront engendrer des mutations de positionnements pouvant être mal vécues au 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 ; 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 ; Directeur adjoint amené à changer de secteur ou à travailler au sein d'une direction recomposée territorialement ; 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, etc.

Pour mettre en œuvre des GHT et piloter ces évolutions au niveau local, **les directeurs d'hôpital, l'ensemble des dirigeants hospitaliers, 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 CNG que par les ARS**, et s'appuyant sur l'anticipation des situations individuelles ;
- Un **intéressement positif** pour l'accompagnement des restructurations ;
- Le maintien des emplois fonctionnels des chefs d'établissements 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, inter-professionnelles, montrant aux communautés hospitalières que les directeurs, médecins, 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.



## Annexe 1 : liste des membres du groupe de travail ADH

Pilotage et animation : Vincent PrévotEAU, Vice-Président, Morgane Le Gall, Responsable de la Communication et des Affaires Générales

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

## Annexe 2 : Questionnaire remis aux membres du groupe de travail

1. En quoi la création des GHT peut-elle être positive pour les hôpitaux publics ?
2. A quels impératifs la constitution des territoires de santé devrait-elle répondre ?  
Logique de filière ? Logique géographique ? Accès aux soins ? Socio-économique ? Autres ?
3. A quels impératifs les projets de gouvernance par territoire doivent-ils répondre ?
4. Comment imaginez-vous la gouvernance au sein des futurs GHT au regard des orientations connues du projet de loi de Santé ?
5. La gouvernance hospitalière dans un même territoire vous paraît-elle devoir être centralisée ? Pourquoi ? Est-ce possible ?
6. Quelles seraient les conditions de mise en œuvre et les outils à créer (ou à généraliser) pour permettre cette gouvernance ?
7. Le métier de Directeur d'Hôpital va-t-il / doit-il changer du fait de l'approche territoriale ?
8. Ces mutations sont-elles à vos yeux positives ou négatives ? Provoquent-elles des craintes ? Si oui, pourquoi ?
9. Quelles sont les mesures d'accompagnement que la mise en œuvre de ces réorganisations territoriales nécessite ?