

MOTS CLÉS

GHT
Gouvernance
Réforme
Ma santé 2022
Loi HPST
PMSP

réflexion

PROSPECTIVE

La gouvernance des GHT en 2019

La problématique de l'intérim médical sur de nombreux GHT est symptomatique du besoin d'adapter les systèmes de direction des hôpitaux au niveau territorial, afin d'apporter une réponse durable aux dysfonctionnements et aux ambitions des projets médico-soignants partagés. Comment, en effet, maîtriser le coût si les hôpitaux n'engagent pas une politique complémentaire d'attractivité médicale ? Et comment mettre en œuvre une stratégie commune si on ne déploie pas une stratégie de recrutement et de gestion des effectifs médicaux convergente ? Plus globalement, l'intégration des systèmes de direction conditionne la capacité des hôpitaux à répondre à leurs défis : ouverture vers la ville, qualité et fluidité des parcours patients, responsabilité populationnelle, efficacité des processus organisationnels, performance des fonctions supports... Différents schémas de gouvernance plus ou moins transversaux et intégratifs sont actuellement mis en place. Mais, de manière générale, le système de(s) direction(s) des GHT reste, fin 2018, très marqué par des relations cloisonnées entre établissements, hiérarchisées et complexes. L'année 2019 doit être l'occasion de renforcer la direction des GHT. Sans nécessairement passer par des directions communes ou des fusions, la mise en place d'organigrammes communs de directions peut être envisagée lorsque des fonctions ou missions doivent être plus fortement intégrées. La question du sens de chaque niveau d'intégration par fonction ou mission semble à l'auteur fondamentale. Qui propose ici une proposition de réflexion cible pour 2019 quant à la gouvernance des GHT, sans attendre les éventuelles orientations législatives ou réglementaires du plan « Ma santé 2022 ».

Jean-Pierre NORDMANN
Cabinet nordmann

Les années 2000

La « nouvelle gouvernance », ou l'émergence d'une culture de management à l'hôpital et ses limites

Le plan Hôpital 2007 formulé en 2002, puis l'ordonnance de mai 2005 et la loi HPST de 2009 engagent un processus de transition de la gouvernance hospitalière d'une culture d'administration à une culture de management. Les chefs de pôle se voient théoriquement déléguer un certain pouvoir de gestion. Ces réformes tournent le dos à une certaine forme de gestion administrative et créent une organisation hybride où le pouvoir de gestion est partagé entre les directions fonctionnelles et les directions opérationnelles. Ce nouveau modèle de gouvernance se fixe pour objectif de mettre en cohérence les orientations de l'établissement, de les coordonner et les animer aux différentes échelles. Les réformes de 2005 et 2009 ont progressivement détourné l'hôpital public de son objectif principal : offrir un service public et une prise en charge médicale de qualité et sécurisée. Dans certains cas, ces transformations organisationnelles ont entraîné une fracture entre l'établissement et les professionnels. Des dysfonctionnements peuvent

également être constatés en ce qui concerne les schémas délégués.

En 2013, le rapport Couty présente les principales conclusions issues des groupes de travail chargés d'identifier les leviers permettant de rétablir la confiance des usagers et des professionnels dans l'institution hospitalière. Parmi les propositions les plus importantes, on peut retenir les suivantes :

- » créer une gouvernance participative : impliquer les professionnels et les usagers ;
- » définir un projet d'établissement fédérateur et territorialisé ;
- » structurer une offre de soins de parcours et orientée patient.

Ce rapport constitue les prémices de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée en 2016.

» ENCADRÉ 1 Les années 2000...

Plan Hôpital 2007 (2002)

- Autonomiser et responsabiliser les agents
- Tendre vers une dynamique de cogestion administratifs/personnels médicaux
- Assouplissement et modernisation des hôpitaux publics : contractualisation, culture du résultat, de la qualité, etc.

Ordonnance de mai 2005

- Création de pôles d'activités cliniques et médico-techniques
- Facilitation des échanges et du dialogue médecins/soignants/administratifs
- Émergence du binôme administratif/médecin

Loi Hôpital, santé, patients et territoire (HPST) 2009

- Création d'un directoire (directeur + PCME) et d'un conseil de surveillance
- Les pôles d'activité définissent l'organisation interne : des contrats sont signés (objectifs, moyens...)
- Les coopérations hospitalières sont favorisées : CHT, GCSM

La situation en 2014

Des coopérations engagées mais insuffisantes (fiches loi de santé GHT-ministère des Solidarités et de la Santé) :

- 357 des 913 EPS
en direction commune,
- 268 en direction commune
de plus de deux établissements,
- 55 CHT sur le territoire.

Une gouvernance originelle du GHT inadaptée au regard de son ambition

La nouvelle réforme vise à répondre aux manques de coopérations et de coordinations interhospitalières pour obtenir une offre de soins cohérente et graduée sur le territoire. Elle prévoit en particulier la mise en œuvre de projets prioritaires à porter progressivement en commun : projet médico-soignant partagé (PMSP), délégation obligatoire de fonctions supports, évaluation conjointe des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), certification et politique qualité, entre autres.

Le législateur a fait le choix de constituer de nouvelles instances de gouvernance pour le GHT afin de définir, mettre en œuvre et contrôler les orientations communes entre établissements, dotés de leurs propres instances mais faisant partie d'un même groupement ne disposant pas de la personnalité morale.

À cette complexité organique et inhérente aux dispositions juridiques et réglementaires, il faut ajouter la complexité liée aux contextes territoriaux : les relations interétablissements se sont parfois nouées en opposition à l'établissement support, ou en opposition entre les établissements d'un même bassin de population. Certaines instances des établissements s'étaient abstenues ou opposées à la convention constitutive du GHT. Par ailleurs, les périmètres des GHT n'avaient souvent pas été préfigurés par une communauté hospitalière de territoire (CHT).

L'objectif des GHT était d'atteindre en 2017/2018 un niveau supérieur de maturité de la gouvernance du GHT, clôturant la phase d'amorçage engagée en 2016. L'installation des instances et leur rodage ont été engagés partout : comité stratégique, collèges ou commissions médicaux/ales, comité territorial des élus, etc. L'élaboration du projet médical a permis l'ouverture de canaux de communication entre des professionnels qui ne se parlaient pas ou peu. Le caractère obligatoire de certaines délégations a permis l'ouverture des chantiers et la recherche d'un nouveau schéma de fonctionnement. On peut regretter néanmoins que la gouvernance commune ne se soit généralement mise en place qu'autour des obligations réglementaires et des sujets « simples ».

Si un satisfecit est donc possible, on constate néanmoins trois difficultés majeures qui perdurent et freinent la mise en place des projets de GHT :

- » la mobilisation des équipes des directions sur des priorités communes ne garantit pas un fonctionnement collaboratif ou convergent ;
- » le métier et les pratiques de direction hospitalière évoluent vers une fonction de « manager hospitalier territorial »

sans que cette transformation soit réellement anticipée et accompagnée ;

» le cadre juridique actuel semble être bloquant pour aller au-delà.

Quelques illustrations symptomatiques des difficultés juridiques ou réglementaires :

» l'absence de consolidations des comptes (et de tarification au parcours) ne permet pas de mettre en œuvre pleinement des stratégies communes incluant le partage de la T2A et des charges de personnel. Ainsi, certains projets médicaux prioritaires semblent avoir du mal à se mettre en place : filières chirurgicales, cancérologie, cardiologie... ;

» en l'absence de personnalité morale du GHT, la mise en place de nouvelles organisations médicales s'appuie prioritairement sur des outils et approches incitatives (primes d'exercice territorial, FMIH, conventions...);

» l'autonomie des établissements conduit nécessairement à des freins sur les mutualisations et optimisations possibles (maintien d'organisations déconcentrées même sur les fonctions obligatoires, difficultés à mutualiser des fonctions autour d'intérêts communs, sentiment de dépossession...). Différents enjeux peuvent néanmoins conduire dès 2019 à vouloir intégrer plus fortement certaines fonctions ou missions. C'est tout d'abord la question du périmètre, lorsque des missions ne permettent pas d'être conduites correctement à l'échelle d'un seul établissement. Certains enjeux et problématiques dépassent la capacité d'action d'un centre hospitalier esseulé ou isolé, alors que l'approche en GHT fournit des leviers d'actions incomparables : effet de taille, logique de groupe, complémentarité entre acteurs, mise en cohérence territoriale de certaines pratiques, etc. C'est également la professionnalisation ou l'amélioration des compétences accessibles en mutualisation d'une fonction ou mission. Par exemple, le recrutement d'un bon juriste n'est possible que si le poste est suffisamment large ou intéressant, et il permettrait d'internaliser certains dossiers actuellement externalisés. C'est aussi l'ensemble des fonctions ou missions ne nécessitant pas une forte proximité mais permettant des gains d'efficacité en les mutualisant. Par exemple, la gestion des retraites ou celle des payes. Enfin, ce sont les fonctions qui sécurisent la cohérence et la convergence des orientations du groupement : ainsi la gestion des autorisations ou l'animation des pôles interétablissements.

Engager ce type de projets en 2019 suppose d'être pragmatique. Sans passer par une direction commune ou une fusion d'établissements, il est possible d'intégrer des missions dans le cadre d'un organigramme commun des directions du GHT. Cette réflexion peut par ailleurs être engagée de façon asynchrone entre les différents établissements du GHT, ou concerner prioritairement un « infra GHT » où l'intérêt d'une intégration des fonctions de direction a du sens.

Cette intégration peut s'envisager surtout s'engager selon plusieurs niveaux et ambitions. Souvent, la situation de départ concerne des fonctionnements séparés et une gestion des missions cloisonnées entre établissements, que nous appellerons ici Niveau 0 (absence de coordination).



Gouvernance :

« Ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'une organisation. »

Le Niveau 1 (coordination et information entre les établissements) conduirait chaque établissement à assurer la mission concernée pour son compte, mais à partager avec les autres des informations, dans une logique de coordination.

Lorsque chaque établissement assure la mission concernée pour son compte, mais sur la base d'un référentiel unique (outils, méthodologies, process de travail et/ou pratiques harmonisées et communes), ce sera présenté ci-après comme un Niveau 2 (utilisation d'outils et de référentiels communs).

Enfin, le Niveau 3 (gestion unique de la mission, avec un responsable hiérarchique unique) est le niveau le plus intégratif. Il implique une unicité dans la réalisation de la mission, à travers la mise en place d'un responsable unique pour le compte des établissements du GHT, qui n'exclut pas néanmoins de s'appuyer sur des relais locaux pour chacun des sites.

2019 : une vision cible selon fonctions et missions

Le plan « Ma santé 2022 » prévoit une gestion des ressources humaines médicales placée au niveau du GHT pour appuyer la mise en œuvre des PMSP, ainsi que la création d'un droit d'option pour expérimenter de nouveaux modes de gouvernance, mutualiser de nouvelles compétences ou simplifier la procédure de fusion des établissements au sein des GHT.

Quatre grands groupes de fonctions ou missions peuvent être distingués :

» **les fonctions à délégation obligatoire**, dont le niveau d'intégration à atteindre est maximum et sur lesquelles les travaux ont globalement été engagés par tous les GHT ;

» **les fonctions prioritaires**, où l'enjeu d'intégration est fort et peut être engagé systématiquement ;

» **les fonctions où l'intégration semble souvent opportune** mais doit être différenciée suivant les établissements du GHT ;

» **les fonctions et missions où la priorité est moins forte.**

Les fonctions obligatoirement déléguées

» **Direction du système d'information/Niveau 3** Cette fonction occupe une place centrale dans la construction du GHT : de nombreux volets du PMP ne pourront être concrétisés sans l'adaptation des infrastructures et des fonctionnalités des SI existantes. Le schéma généralement retenu est davantage fédératif qu'intégratif ; chaque établissement conserve une direction en charge des SI, le DSI de l'établissement support ayant le rôle de coordonnateur des équipes. Pour autant, la densité de compétences est souvent disproportionnée entre l'établissement central et les établissements périphériques (sauf quelques cas de GHT avec des établissements de taille similaire). Dans ce cas, un schéma reposant sur un directeur unique de GHT, une équipe centrale pilotant les projets transversaux et la présence d'ingénieurs sur les établissements responsables des chantiers de proximité pourrait se dessiner plus systématiquement.

» **Direction des achats/Niveau 3** La structuration progressive et concertée de la fonction achat commune doit rapidement conduire à des économies

d'échelle, supposant dès lors une réelle fluidité sur l'ensemble des processus achats. Une attention doit être portée quant à la reconnaissance et la valorisation des expertises existantes sur certains segments d'achats, afin de renforcer la dynamique de coopération sur le territoire.

» **Direction de la valorisation et suivi de l'information médicale/Niveau 3** Comme pour les systèmes d'information, le schéma s'est généralement organisé autour d'une approche fédérative. Or, le positionnement et la qualité de service des DIM sont généralement hétérogènes au sein du GHT, tant sur la mission de valorisation de l'activité médicale que sur la mobilisation des données pour produire des analyses stratégiques et accompagner le pilotage des établissements ou du GHT. Une direction commune et centralisée, s'appuyant sur des référents locaux, pourrait constituer un schéma cible systématique. Les missions pourraient être réparties entre les différents DIM d'un GHT si ceux-ci acceptent un nouveau mode de fonctionnement collectif et collaboratif au sein de leur direction commune, avec les instances du GHT, ainsi que les futurs pôles interétablissements.

» **Direction de la formation et des instituts/Niveaux 2 à 3** La « coordination », prévue par la loi, laisse aux établissements des marges de manœuvre et d'initiative importantes pour mettre en place une coopération adaptée tout en préservant les spécificités de chaque établissement. Ce qui peut être considéré comme prioritaire est double : l'achat centralisé de formations conduisant à une rationalisation des achats de prestations externes ; des actions de formation communes pouvant être engagées à l'échelle de l'infra-GHT sur des besoins communs, en s'appuyant sur une bonne coordination des plans de formation des établissements. Les nouveaux métiers et nouvelles pratiques soignantes pourraient faire l'objet de formations et projets communs.

Les fonctions ou missions à intégrer prioritairement

» **Direction du recrutement et des affaires médicales/Niveau 3** Une des priorités pour la réussite des projets d'établissement et du projet médical partagé du GHT est d'améliorer le recrutement et les collaborations médicales sur le territoire. En ce qui concerne le recrutement médical, une approche « chasseur de têtes » pourrait plus aisément être engagée en s'appuyant sur une cellule de recrutement médicale territoriale. Des projets de ce type sont d'ailleurs envisagés en réponse à l'appel à projet ministériel du 17 octobre 2017.

Une direction commune permettrait aussi de faciliter la connaissance des besoins des établissements et une mise en relation plus aisée entre professionnels médicaux, en s'appuyant par exemple sur une « bourse de l'emploi médical », qui faciliterait les temps additionnels interétablissements (plutôt que le recours à l'intérim). Les parcours professionnels médicaux intra-GHT pourront être facilités. La mutualisation de la gestion des conventions permettrait de gagner en temps et en efficacité. La mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et compétences commune, avec des outils de pilotage et de suivis communs, est également prioritaire.

» **Gestion de la paye et des retraites/Niveau 3** La gestion de la paye et des retraites constitue des missions opportunes pour une centralisation au sein du GHT pour plusieurs raisons : le faible niveau de proximité quotidien, l'économie d'échelle certaine, l'accessibilité des conditions organisationnelles (humaines ou informatiques). À noter qu'il s'agit de fonctions facilement localisables sur des établissements non supports, même si celles-ci sont centralisées pour le compte du GHT.

» **Direction de la recherche et de l'innovation/Niveau 3** Peu d'établissements disposent de la capacité à porter ce type de missions. Or, une structuration au niveau territorial permettrait de structurer, diffuser et professionnaliser cette approche pour l'ensemble des hôpitaux d'un GHT.

» **Direction de la communication et de la gestion de crise/Niveau 3** Face à l'enjeu de coordination de la communication ou encore de lisibilité des relations institutionnelles, une mutualisation pourrait être envisagée, d'autant que la faisabilité semble forte. Celle-ci permettrait de renforcer les moyens et de professionnaliser les actions et la stratégie de communication, à destination des patients mais aussi des professionnels médicaux.

» **Direction des affaires financières, du contrôle de gestion et de la performance/Niveaux 2 à 3** Les agences régionales de santé (ARS) doivent évaluer conjointement les EPRD des établissements d'un GHT. De plus en plus de projets s'appuient par ailleurs sur une vision consolidée des trajectoires financières au niveau du GHT, et pas seulement (voire plus du tout) celle spécifique de chacun des établissements. On note ainsi que le Copermo Performance commence à être mobilisé sur des dossiers de GHT et non plus d'établissement. La solidarité entre établissements d'un même GHT induit enfin une réflexion sur la solidarité financière, tournant le dos à des situations concurrentielles générées par la T2A.

Cette vision consolidée doit certainement s'appuyer sur une unicité du pilotage financier et budgétaire, ainsi que sur des pratiques et outils budgétaires/financiers harmonisés. Ou encore l'élaboration d'une politique de contrôle de gestion, voire la création d'une communauté de contrôleurs de gestion dont le rattachement hiérarchique pourrait être unique.

» **Direction de la qualité et de la sécurité /Niveaux 2 à 3** Une organisation mutualisée faciliterait la réponse à l'obligation réglementaire de certification conjointe mais aussi à la diffusion de la culture qualité et gestion des risques au niveau des établissements, au partage d'expériences et à la diffusion des bonnes pratiques professionnelles. *A minima*, il pourrait s'agir de partager des outils et référentiels communs.

» **Direction des affaires juridiques et du contentieux/Niveaux 2 à 3** Cette fonction apparaît comme pouvoir être facilement centralisée et partagée au profit des établissements d'un GHT. Une réflexion peut aussi être portée sur la mise en place d'un groupement de commande relatif aux prestations d'avocats par segment : marchés publics, RH, contentieux familiaux, obligation alimentaire/recouvrement alimentaire...

« Certains enjeux et problématiques dépassent la capacité d'action d'un centre hospitalier esseulé ou isolé, alors que l'approche en GHT fournit des leviers d'actions incomparables : effet de taille, logique de groupe, complémentarité entre acteurs, mise en cohérence territoriale de certaines pratiques, etc. »

ENCADRÉ 2 Ce qu'il faut retenir

- Depuis le début des années 2000, le *new public management* constitue un changement de paradigme majeur au sein du secteur public et transforme les systèmes de gouvernances. L'ensemble des administrations publiques y compris les hôpitaux, engagent des réformes structurelles pour : se moderniser, se décloisonner, se coordonner, et s'adapter aux nouvelles exigences de service public.
- L'ordonnance de mai 2005 et la loi HPST adoptée en 2009 ont initié ce processus avec la volonté d'autonomiser les agents et de réorganiser de façon polaire les établissements de santé ; c'est la nouvelle gouvernance.
- La loi pour la modernisation de notre système de santé adoptée en 2016 crée 135 GHT qui organisent l'offre de soins de manière territoriale avec le déploiement d'une stratégie de groupe public de territoire. Cette réforme implique une rationalisation des modes de gestion et une mise en commun de fonctions et/ou transferts d'activités entre les établissements du groupement.
- L'adaptation des systèmes de direction à ces réformes est à la fois une obligation réglementaire mais également une étape inévitable pour apporter une réponse cohérente et durable aux enjeux de santé du territoire.
- Les hôpitaux sont aujourd'hui dans une situation de liberté conditionnelle. Au regard des enjeux identifiés au sein du GHT ils doivent trouver les leviers qui permettront, sur leur territoire, de co-construire une gouvernance fonctionnelle et pertinente.
- Les GHT sont d'importants terrains d'innovations managériales avec plusieurs défis à relever mais également de nombreuses opportunités à saisir. Ces innovations permettront, au même titre que les innovations médicales et techniques, d'assurer la pérennité de la qualité du système hospitalier.

« Sans intégration forte de certaines missions, sans projet structurant sur la gouvernance des GHT, la dynamique de projets territoriaux peut s'essouffler ou demeurée inaboutie. »

Les fonctions opportunes mais à différencier suivant les établissements du GHT

» Direction générale des établissements (stratégie, territoire, projets, contractualisation, autorisations...)/ Niveaux 1 à 3 De nombreux directeurs font état d'une véritable évolution : il y a aujourd'hui une vraie acceptation théorique sur la mise en place de directions communes.

Cette vision n'empêche pas un réel dilemme quant à la nature de la subordination et de la subsidiarité entre les établissements supports et ceux qui seraient concernés par la mise en place d'une direction unique. Le positionnement des futurs directeurs délégués de site n'est pas simple et pose un autre dilemme en termes de légitimité managériale. L'approche doit nécessairement être « équilibrée et adaptée » entre les établissements suivant l'historique, la taille des établissements et les distances.

D'autre part, la question du processus de décision et de l'animation au quotidien est un défi pour les DH et leurs attachés. La démonstration n'a pas encore été faite d'un fonctionnement fluide et adapté en termes de gestion réactive au quotidien.

Globalement, on assiste à une révolution culturelle et professionnelle du métier de DH. La culture managériale des DH est encore très hiérarchique. Or, ce ne sera plus possible dans le cadre d'une direction commune territoriale. De nouveaux schémas, habitudes et pratiques collaboratifs doivent être envisagés, voire inventés.

» Gestion du biomédical/Niveaux 2 à 3 La gestion biomédicale peut être considérée comme stratégique dans le cadre d'une politique médicale de territoire. Elle pourrait faire l'objet *a minima* d'une harmonisation, voire d'une gestion en commun, devant la rareté des ressources en ingénierie biomédicale et la difficulté de faire émerger une politique commune.

» Gestion des lits/Niveau 2 La gestion des lits est généralement structurée et opérée par chacun des établissements. Néanmoins, dans une approche de parcours patient graduée et d'optimisation des lits, une réflexion pourrait être ouverte, visant à disposer à la fois d'une capacité de pilotage commune, ainsi que d'un dispositif unique d'animation des parcours patients.

» Certaines fonctions de gestion logistique et hôtelière (restauration, blanchisserie, transports externes, approvisionnements)/Niveau 2 Si la centralisation de la fonction logistique n'apparaît pas prioritaire en première intention, son alignement sur la fonction achats est souvent évoquée. Le partage d'informations et d'expertises sur ces compétences pourrait en tout état de cause permettre aux établissements de faire des économies et/ou professionnaliser ces fonctions.

Fonctions ou missions où la priorité est moins forte

» Direction et coordination des soins/Niveaux 1 à 2 Les directions des soins sont centrées sur l'établissement sur lequel elles sont en responsabilité. Des sujets d'intérêt pourraient cependant être harmonisés : procédures de prise en charge et de fluidification des parcours patients, gestion des remplacements, partage de ratios de fonctionnement homogènes, portage collectif des orientations, etc.

» Autres fonctions de DRH (gestion du PNM, des carrières, recrutements, relations sociales, DUERP, QVT, projet social...)/Niveau 1 Ces missions présentent de faibles enjeux de mutualisation, même s'il est possible d'harmoniser leurs outils et pratiques, tout en renforçant les échanges et collaborations. Une communauté des DRH pourrait être installée systématiquement pour faciliter la communication entre directeurs et attachés des différents sites.

» Autres fonctions de gestion de la logistique (brancardage, nettoyage...), des travaux et des équipements/Niveau 1 Certaines opportunités de rapprochement peuvent être saisies notamment en ce qui concerne les travaux, sur la conduite et la gestion des travaux. Une réflexion interétablissement peut sinon être engagée pour l'harmonisation des références. Mais globalement, l'intégration n'est pas un sujet prioritaire en 2019 pour la quasi-totalité des GHT.

Conclusion

L'année 2019 peut permettre aux groupements de solidifier un socle de base (niveau 1), structuré autour des objectifs qui sont la coordination et la fluidité de l'information entre les équipes de direction. *A minima*. Car ce que nous avons décrit comme de niveaux 2 ou 3 semble pertinent et globalement accessible rapidement pour de nombreuses fonctions et missions de direction.

RÉFÉRENCES

- S. Cueille « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital », *Politiques et management public*, vol. 25, n° 4, décembre 2007.
- T. Nobre, « L'innovation managériale à l'hôpital changer les principes de management pour que rien ne change ? », *Revue française de gestion* 2013/6 (n° 235).
- P. Crozet, A. Kaaniche, J. Lienard, « Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines », *Politiques et management public*, vol. 26, n° 2, 2008.
- E. Couty, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », rapport, ministère des Solidarités et de la Santé, 2013.
- M.-O. Safon, « Historique des réformes hospitalières en France », *Irdes*, 2017.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- « La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre », mémo, ministère de la Santé et des Sports, 2009.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- « Ma santé 2022. Un engagement collectif », dossier de presse, ministère des Solidarités et de la Santé, 18 septembre 2018.

Une intégration supérieure suppose d'accompagner les acteurs et les outils. Le métier de DH mais aussi celui des attachés qui vont travailler avec les futurs DH de territoire sont en pleine évolution, sans que l'on ait correctement défini de plans sur les compétences. Les outils sont encore trop rétifs aux pratiques collaboratives, même si toutes les DSI s'emploient à déployer des mails de GHT, dossiers partagés, messageries instantanées internes, entre autres. Les pratiques et modalités d'animation des équipes devront être revues, en structurant de futurs pôles administratifs de groupe. On n'anime évidemment pas une équipe de plusieurs dizaines de directeurs ou attachés répartis sur différents sites, appartenant à des structures juridiques différentes, comme on le faisait autrefois. Pour autant, des modèles de gouvernance d'organisations publiques ou privées démontrent qu'il est possible de piloter un groupe complexe tout en étant efficient. En s'appuyant notamment sur de réelles directions de groupe ?

Quelques défis prioritaires devront par ailleurs être tranchés et surmontés pour ces futures équipes de direction de GHT, qu'elles soient en direction commune, fusionnées ou animées dans le cadre d'un organigramme commun de directions. Quelle autonomie et quelle responsabilisation des acteurs ? Avec des contours difficiles à tracer autour de la subsidiarité, de la coresponsabilité et de la transparence des décisions. Quelle garantie en termes de proximité sur les fonctions mutualisées ? Quelle prise en compte de spécificités locales ? Comment éviter les lourdeurs bureaucratiques ? Etc.

Ces difficultés ne doivent cependant pas empêcher d'avancer dès 2019, en préfigurant les orientations envisagées dans « Ma santé 2022 », voire en les dépassant d'emblée. L'état d'esprit des professionnels est aujourd'hui favorable à une intégration ambitieuse de la gouvernance des GHT.

Nous avons tenté ici de décrire par fonction/mission une organisation cible qui fasse sens, fondée sur les impacts attendus pour la bonne mise en œuvre des projets du GHT. Il s'agit certes d'une vision qui peut susciter des débats, mais nous sommes convaincus que sans intégration forte de certaines missions, sans projet structurant sur la gouvernance des GHT, la dynamique de projets territoriaux peut s'essouffler ou demeurer inaboutie. ●