

“Consolider l’an 1, préparer l’an 2 des Groupements Hospitaliers de Territoire »

Rapport d'enquête

Mai 2018

Contacts :

Florence Arnoux – Vice-présidente « évolution et transformation du métier »
Elodie Doreau – Responsable des affaires générales et de la communication

Permanence ADH
Centre Hospitalier Sainte-Anne
1 rue Cabanis Paris 14

Tel : 04.45.65.76.92

Mail : permanence@adh-asso.org

www.adh-asso.org

Table des matières

SYNTHESE : Les 5 principaux enseignements de l'enquête – Les 5 grandes recommandations de l'ADH...	4
Les 5 principaux enseignements de l'enquête	4
1. Un An I GHT encore à la croisée des chemins	4
2. Des outils qui ne facilitent pas le déploiement de l'esprit GHT	4
3. Une demande forte de simplification	4
4. L'évolution du métier de DH reste un sujet de préoccupation	4
5. Une volonté d'un modèle plus intégratif encore	Erreur ! Signet non défini.
Les 5 orientations à promouvoir selon l'ADH pour consolider l'An 1 et préparer l'An 1 des GHT	5
1. Consolider l'An 1 des GHT	5
2. Faire évoluer les outils	5
3. Simplifier et assouplir	5
4. Mieux accompagner la carrière de DH et valoriser l'exercice territorial	5
5. Proposer des modèles plus intégratifs mais sans solution univoque	5
L'Enquête	6
Caractéristiques du panel.....	7
Classe d'âge	7
Répartition Hommes/Femmes	7
Position au sein de l'établissement	7
Précision du domaine pour les directeurs adjoints	7
Situation professionnelle	7
Ancienneté dans le corps des DH	8
Situation de l'établissement	8
Type d'établissement	8
Evolution des fonctions et du cadre d'exercice	9
Pertinence du choix du périmètre de votre GHT ?.....	9
Quelle est la qualité des relations de travail entre directions des établissements du GHT ?	9
Quelle est la qualité des relations de travail entre les communautés médicales des établissements du GHT ?	9
Quel est le niveau de recherche de consensus et de travail partenarial dans la prise de décision, entre l'établissement support et les établissements du GHT ?	10
Quel est l'impact de l'organisation en GHT sur l'intérêt du poste ?	10
Quel est l'impact de l'organisation en GHT sur les conditions de travail ?	11
Les enseignements des verbatim pour améliorer les conditions d'exercice :	11
Y a-t-il dans votre région des GHT qui ont été créés difficilement ou qui ont nécessité un arbitrage formel de l'ARS ?	12
Implication active de l'ARS dans la création des GHT de la région ?.....	12
Implication actuelle de l'ARS dans le bon fonctionnement de votre GHT :	12

Ambiance entre les établissements membres du GHT, sur les thèmes de coopération ?	12
Coopérations médicales et soignantes du GHT	13
Implication des communautés médicales dans les travaux de coopération du GHT ?	13
Considérez-vous votre projet médical partagé de GHT comme:.....	13
Quelles sont les filières qui, dans votre GHT, font déjà l'objet de mise en œuvre opérationnelle des axes définis au Projet Médical Partagé ?	13
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec les acteurs privés non lucratifs (établissements, HAD) ?.....	13
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec la médecine de ville ?	14
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec les acteurs privés à but lucratif ?	14
Le déploiement du PMP a –t-il permis de conforter sur le territoire la permanence des soins ?	14
La mise en place du GHT a-t-elle permis de déployer un ou des pôles inter établissements ?	14
La constitution du GHT a-t-elle permis de constituer des équipes médicales communes ?	15
Le GHT a-t-il permis d'améliorer la qualité des soins et le parcours des patients ?	15
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière d'information médicale ?	15
Coopérations sur les fonctions support du GHT	16
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière de système d'information ?	16
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière d'achat ?	16
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière de logistique ?	16
La constitution de votre GHT a-t-elle permis de déployer des innovations :	17
Attentes des directeurs d'hôpital pour préparer l'an 2 des GHT	18
1. Repenser le périmètre du GHT	18
2. Simplifier et assouplir	18
a. La gouvernance interne (direction commune, fusion)	18
b. Les règles d'achats	18
c. Les modalités de coopération avec le privé	18
3. Faire évoluer les outils	18
a. Prioriser le système d'information commun au sein des GHT	18
b. Revoir les modalités de financement	18
4. Clarifier	18
a. Le rôle du directeur de l'établissement support.....	18
b. Les flux financiers au sein du GHT	18
c. La stratégie nationale en matière de fusion.....	18
5. Se donner du temps pour construire une identité GHT	19
On annonce parfois « l'an 2 des GHT » : selon vous, quelle devrait être la tendance nationale concernant la gouvernance future des GHT ?	19
Selon vous, le cadre législatif des GHT doit-il évoluer pour permettre :	20
Quels sont les facteurs de réussite essentiels selon vous pour que les GHT se déploient avec efficacité ?	20
Annexe : Verbatim	19

SYNTHESE : Les 5 principaux enseignements de l'enquête – Les 5 grandes recommandations de l'ADH

Les 5 principaux enseignements de l'enquête

1. Un An I GHT encore à la croisée des chemins

☞ Une forte **hétérogénéité** des **situations** locales et de la **perception** des GHT avec des retours très contrastés sur des sujets majeurs : périmètre du GHT, impact sur les organisations médicales et supports, relations de travail.

☞ Des **projets en cours** en matière de coopérations médicales, de permanence des soins et de mutualisation des fonctions support.

☞ Un **besoin d'apaisement** : la qualité des relations de travail au sein du GHT entre les directions est jugée moyenne ou mauvaise par 58% des répondants, et à 73% entre les communautés médicales.

☞ Un niveau de **transparence et d'information perfectible, y compris sur les flux financiers.**

2. Des outils qui ne facilitent pas le déploiement de l'esprit GHT

☞ Un **modèle de financement** qui ne favorise pas la coopération territoriale.

☞ Un **système d'information cloisonnant.**

☞ Un mécanisme de **mise à disposition limitée dans le temps** qui peut être un **obstacle aux projets territoriaux** à long court.

3. Une demande forte de simplification

☞ Une **charge de travail accrue** au sein d'un mille-feuille institutionnel qui n'est pas soutenable dans le temps.

☞ La nécessité de **redonner du temps** au temps sans superposer à nouveau de nouvelles réformes.

4. L'évolution du métier de DH reste un sujet de préoccupation

☞ Près d'un DH sur deux considère que les GHT ont un **impact défavorable sur les conditions de travail**, et seulement 11% considèrent que cet impact sera favorable.

☞ Un besoin réitéré d'accompagnement via **la formation et le coaching** dans le domaine du management territorial notamment.

☞ La demande d'une meilleure **reconnaissance statutaire et indemnitaire** des contraintes d'exercice territorial.

5. Un accueil favorable au principe d'un modèle plus intégratif

☞ Un rappel de l'importance de déployer des **systèmes d'information** communs et opérationnels.

☞ Un souhait **d'ouvrir le GHT** aux libéraux, ESPIC, au médicosocial, aux maisons de santé pluridisciplinaire.

☞ Une disposition semble-t-il **plutôt positive vis-à-vis des fusions/directions communes et d'une reconnaissance de la personnalité morale** aux GHT plus particulièrement de la part des directeurs adjoints.

Les 5 orientations à promouvoir selon l'ADH pour consolider l'An 1 et préparer l'An 2 des GHT

1. Consolider l'An 1 des GHT

- **Valoriser et visibiliser des expériences réussies** et opérationnelles : plateforme de diffusion au niveau ministériel, retours d'expériences en région sous l'égide de l'ARS.
- Clarifier le **rôle des ARS** dans la structuration des filières des GHT versus celui des instances de gouvernance du GHT.
- **Ne pas superposer de nouvelle réforme**, accompagner et faciliter les démarches en cours.
- **Assouplir la clé de répartition** des établissements au budget G.

2. Faire évoluer les outils

- Prioriser l'accélération de la mise en place d'un **système d'information** commun au sein des GHT.
- Proposer des **séminaires de codéveloppement**, de **coaching** et des **formations au management agile** à destination des équipes médicales et de direction des établissements du GHT.
- Construire un modèle de **financement au parcours**.

3. Simplifier et assouplir

- **Simplifier la gouvernance**/les procédures en supprimant les instances redondantes (déjà mis en exergue lors de l'enquête ADH sur la promotion du métier de 2016).
- **Simplifier l'exercice territorial** en développant des **outils de télécommunication** de type visioconférence.
- **Simplifier les règles d'achats** avec une plus grande homogénéisation entre GHT.

4. Mieux accompagner la carrière de DH et valoriser l'exercice territorial

- Renforcer l'**attractivité** par des dispositifs plus **incitatifs** : prime territoriale/reconnaissance statutaire/évolution des postes.
- Proposer des **formations** en phase avec les nouveaux besoins d'animation territoriale.
- Accompagner « à la carte » les **parcours** au niveau régional et national, **avec une plus forte articulation entre l'ARS et le CNG**.

5. Proposer des modèles plus intégratifs mais sans solution univoque

- Préparer culturellement, managérialement et réglementairement l'**ouverture des GHT** à d'autres structures.
- Clarifier la stratégie nationale en matière de **restructuration**, de **fusion** et de **direction commune**.

L'Enquête

Depuis le 1er juillet 2016, les hôpitaux français sont entrés dans une nouvelle ère : celle des Groupements hospitaliers de territoire. Formidable opportunité de renforcer la stratégie de groupe, au service d'une meilleure offre de soins pour la population, la mise en place des GHT n'en reste pas moins une source de questionnements et d'ajustements des pratiques.

Dans ce contexte de mutation important, **l'Association des Directrices et des Directeurs d'hôpital a souhaité recueillir les perceptions et les attentes de la profession à travers le lancement d'une enquête intitulée "Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des GHT ».**

Cette enquête s'inscrit **dans la suite et le prolongement de l'enquête sur l'évolution et la transformation du métier, réalisée en février 2016 par l'ADH**, qui a été exploitée en concertation avec le CNG et l'EHESP entre autres.

Cette **nouvelle enquête, davantage orientée GHT a été élaborée par un groupe de travail** (Guillaume Pradalié, Céline Wasmer, Nathalie Seigneurin, Guillaume Ducolomb, Elodie Doreau) **piloté par la vice-présidente chargée de la promotion du métier**, Florence Arnoux.

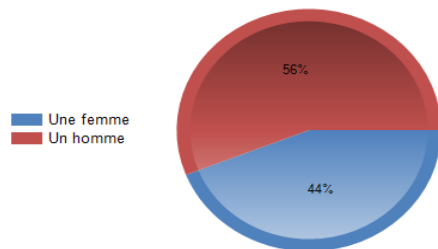
Lancée le 20 février auprès de **3023 directrices, directeurs d'hôpital et élèves directeurs en stage**, l'enquête a recueilli, après 3 semaines de mise en ligne, **562 réponses**. Ce nombre élevé de réponses souligne l'intérêt marqué de la profession pour ce sujet.

L'étude de l'ensemble des réponses recueillis permet à l'ADH de **dresser un bilan de ce premier "an GHT" et de formuler des recommandations** à l'attention du gouvernement, mais aussi des autres parties prenantes (CNG, ARS, EHESP...).

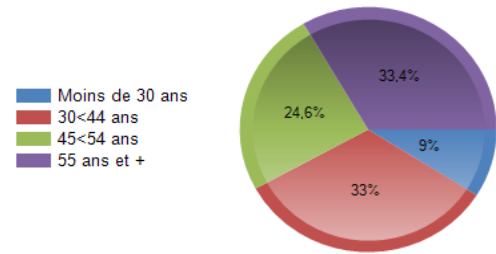
Caractéristiques du panel

Le panel est dans l'ensemble **conforme à la démographie du corps**. On constate que la répartition hommes/femmes est très proche de celle du CNG. **Les jeunes générations (de moins de trente ans) se sont toutefois un peu plus mobilisées** (représentée à 9% contre 4,5% dans le rapport d'activité 2017 du CNG). Les autres classes d'âge correspondent à la répartition donnée par le CNG.

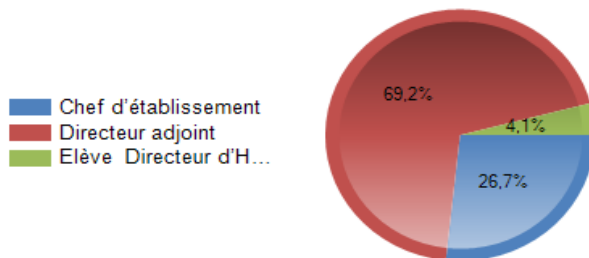
Répartition Hommes/Femmes



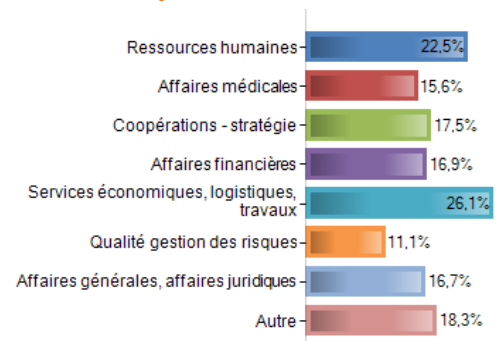
Classe d'âge



Position au sein de l'établissement

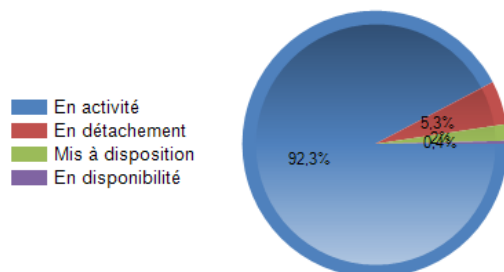


Précision du domaine pour les directeurs adjoints



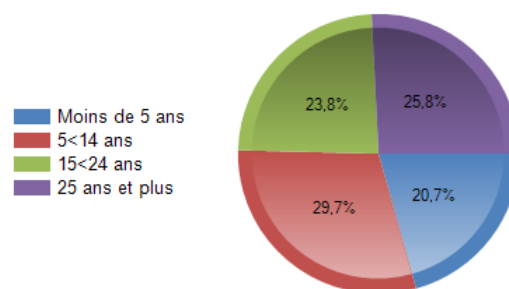
La représentativité des directeurs adjoints n'est pas tout à fait conforme aux données statistiques 2017 recueillies par le CNG puisque (même en supprimant les réponses des EDH afin d'avoir un panel de départ identique) **on remarque que les chefs d'établissements sont surreprésentés** à plus de 27% des répondants contre 16,8% dans le corps.

Situation professionnelle

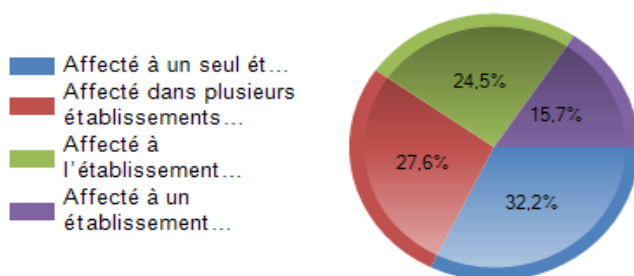


Ancienneté dans le corps des DH

La répartition en fonction de l'ancienneté indique que les DH ayant moins de 15 ans d'ancienneté représentent plus de la moitié des panelistes (50,4% alors que le corps possède 45% de DH qui ont moins de 15 ans d'ancienneté).

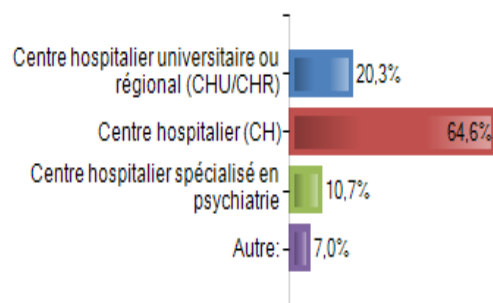


Situation de l'établissement



- 1) à un seul établissement
- 2) dans plusieurs établissements juridiquement distincts
- 3) à l'établissement support du GHT
- 4) à un établissement partie du GHT

Type d'établissement



On notera que **les centres hospitaliers sont plus représentés** encore que lors de l'enquête 2016 sur le métier (64,6% ici contre 52,4% alors), ce qui exprime une volonté forte des DH en établissement MCO hors CHU de faire entendre davantage leur voix.

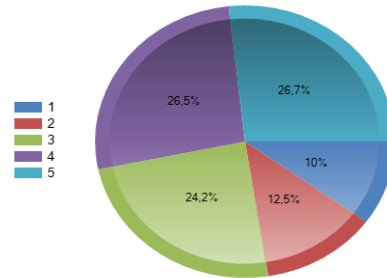
Evolution des fonctions et du cadre d'exercice

Le premier volet de l'enquête vise à évaluer les perceptions des DH quant à l'évolution de leurs fonctions et de leur cadre d'exercice.

Plus de la moitié des DH estime que le périmètre de leur GHT est pertinent (environ 53% des répondants). A noter qu'un tiers des DH juge ce périmètre moyennement pertinent.

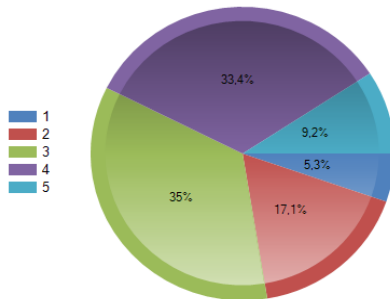
Pertinence du choix du périmètre de votre GHT ?

1 = pas pertinent - 5 = très pertinent



Quelle est la qualité des relations de travail entre directions des établissements du GHT ?

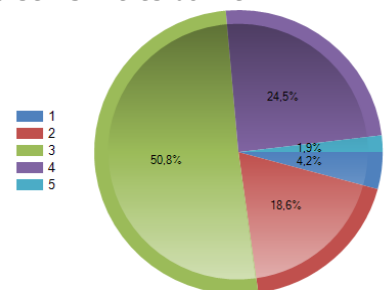
1 = mauvaise - 5 = très bonne



La qualité des relations de travail entre directions d'un GHT est globalement appréciée par 42% des DH interrogés. Un tiers des DH la considère moyenne.

Quelle est la qualité des relations de travail entre les communautés médicales des établissements du GHT ?

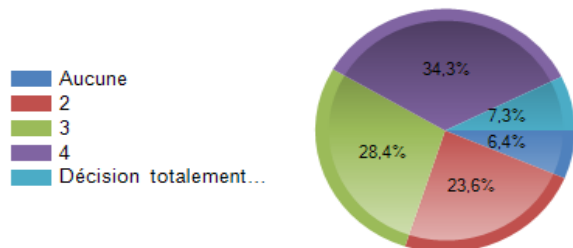
1 = mauvaise - 5 = très bonne



La qualité des relations entre communautés médicales est jugée moyenne, voir mauvaise par plus de 73% des DH.

Quel est le niveau de recherche de consensus et de travail partenarial dans la prise de décision, entre l'établissement support et les établissements du GHT ?

1 = aucune - 5 = décision totalement partagée

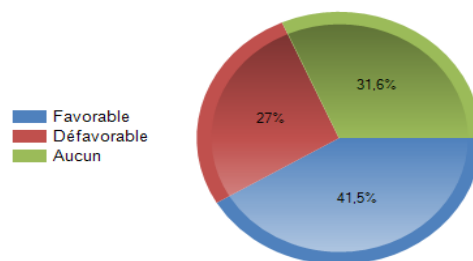


Le niveau de participation /consensus/ concertation n'est pas satisfaisant pour plus de la moitié des répondants.

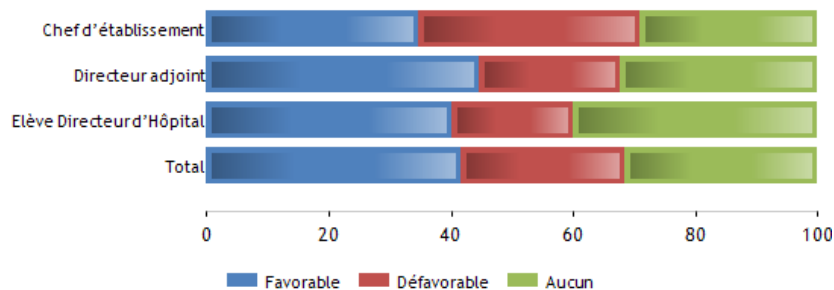
Quel est l'impact de l'organisation en GHT sur l'intérêt du poste ?

L'organisation en GHT sur l'intérêt du poste a eu un impact **favorable pour 41% des DH**, tandis que 31% estime que cela n'a eu aucune répercussion.

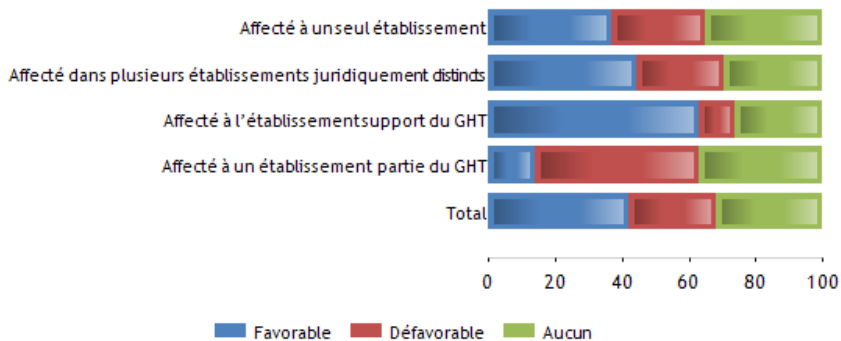
27% estiment toutefois que les GHT ont eu un impact négatif sur l'intérêt de leur poste.



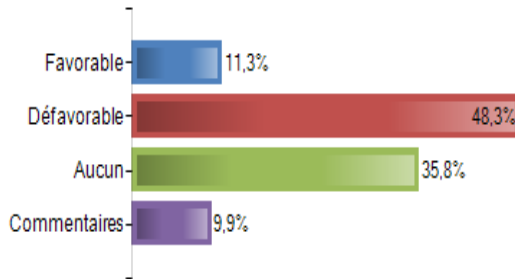
Un DH affecté à un établissement partie du GHT sur deux estime que l'organisation en GHT a eu un impact défavorable sur l'intérêt de son poste.



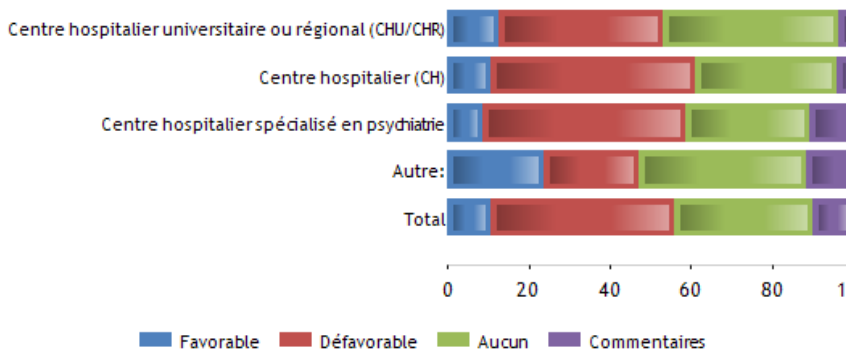
Les Chefs d'établissements sont plus nombreux à considérer cet impact comme défavorable par rapport aux directeurs adjoints (36% contre 23%).



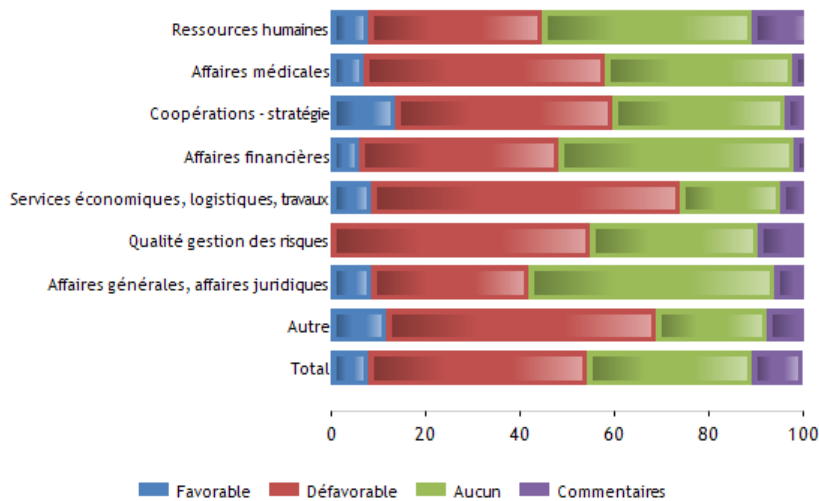
Quel est l'impact de l'organisation en GHT sur les conditions de travail ?



L'avis des DH est plus tranché concernant **les conséquences sur leurs conditions de travail** car **presqu'un DH sur deux considère que celles-ci lui sont défavorables**.



Les DH travaillant en CH ou en CH spécialisé en psychiatrie sont plus nombreux à considérer que les GHT ont eu un impact défavorable sur leurs conditions de travail (50% contre 40 % pour les DH en CHU ou CHRU).



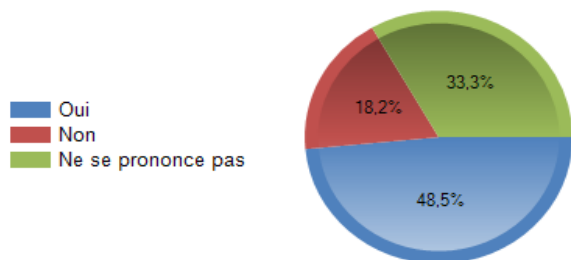
Les Directeurs adjoints des Services économiques, logistiques, travaux, Qualité gestion des risques et Affaires médicales sont plus nombreux à juger cet impact défavorable (plus de 50%).

Les enseignements des verbatim pour améliorer les conditions d'exercice (1 répondant sur 10 a souhaité faire part de ses préconisations):

- La profession insiste particulièrement sur la dimension **chronophage** du dispositif et l'**alourdissement de la charge de travail** : la **multiplication des instances, les temps de trajets allongés, les réunions qui s'additionnent** sont autant de contraintes en termes de temps perdu et de charge de travail en plus.
- **La complexité des procédures** induite par les GHT explique également le sentiment des DH de voir leurs conditions de travail en pâtir.
- **Pour accompagner l'évolution du cadre d'exercice des DH, et améliorer les conditions d'exercice, il est proposé au premier chef de :**
 - **Renforcer l'attractivité** de la **carrière** par des dispositifs plus **incitatifs** : prime territoriale/reconnaissance statutaire/évolution des postes (*déjà été mis en exergue lors de l'enquête ADH sur la promotion du métier de 2016*).
 - **Accélérer les fusions et directions communes.**
 - Développer des **outils de télécommunication** pour éviter la perte de temps en déplacement).
 - Orienter davantage la **formation** initiale et continue sur l'**animation territoriale**, la diplomatie, la communication.
 - **Simplifier** la gouvernance/les procédures, supprimer les instances redondantes (*déjà mis en exergue dans l'enquête ADH sur la promotion du métier de 2016*).

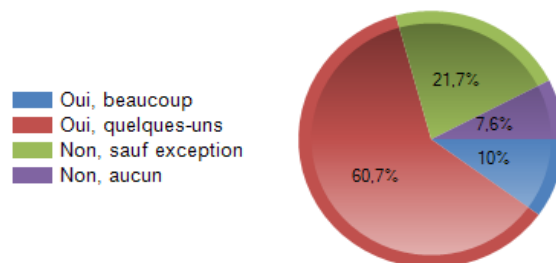
Implication active de l'ARS dans la création des GHT de la région ?

⇒ **Oui pour près d'un répondant sur deux**, mais on note qu'un tiers des répondants ne se prononce pas.



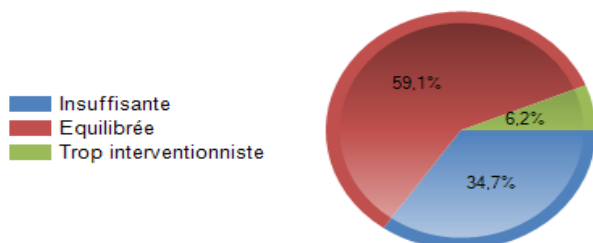
Y a-t-il dans votre région des GHT qui ont été créés difficilement ou qui ont nécessité un arbitrage formel de l'ARS ?

⇒ **Oui pour près de 70% des répondants.**



Implication actuelle de l'ARS dans le bon fonctionnement de votre GHT :

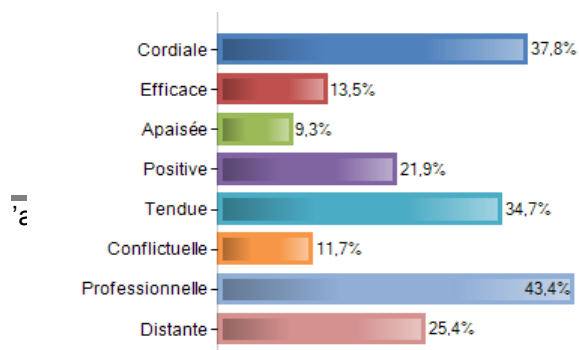
⇒ **Équilibrée pour 6 répondants sur 10**, insuffisante pour plus de 30% des répondants.



Ambiance entre les établissements membres du GHT, sur les thèmes de coopération ?

(Plusieurs choix possibles)

⇒ **Plutôt professionnelle** pour 43% des répondants, **cordiale** pour 38%, mais aussi **tendue** pour 35%.

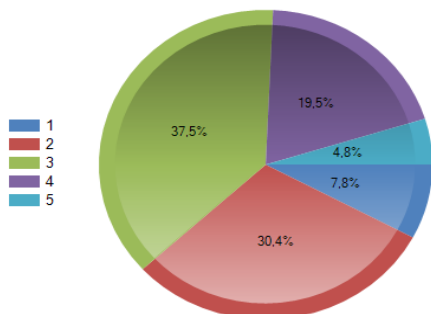


Coopérations médicales et soignantes du GHT

Implication des communautés médicales dans les travaux de coopération du GHT ?

(1 = minimal - 5 = très importante)

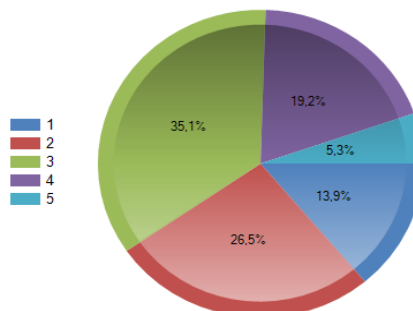
➔ Une implication qui apparaît comme **modérée à satisfaisante** pour près de 70% des répondants.



Considérez-vous votre projet médical partagé de GHT comme :

1 = minimaliste - 5 = très abouti

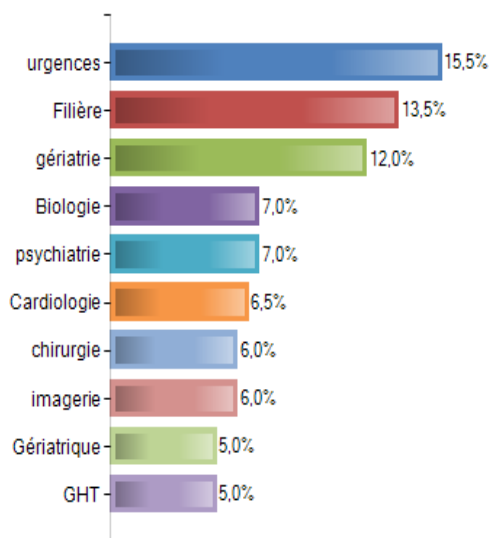
➔ Un projet médical partagé perçu comme **modérément à correctement abouti** pour 60% des répondants.



Quelles sont les filières qui, dans votre GHT, font déjà l'objet de mise en œuvre opérationnelle des axes définis au Projet Médical Partagé ?

➔ Urgences, gériatrie, biologie, psychiatrie arrivent en premier.

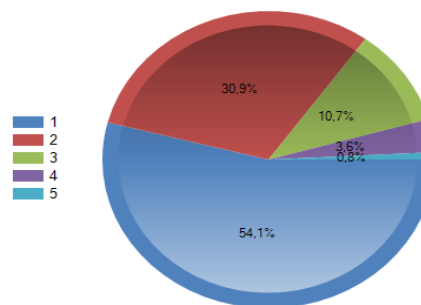
(NB : les items ci-après sont fidèles aux réponses des répondants)



Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec les acteurs privés non lucratifs (établissements, HAD) ?

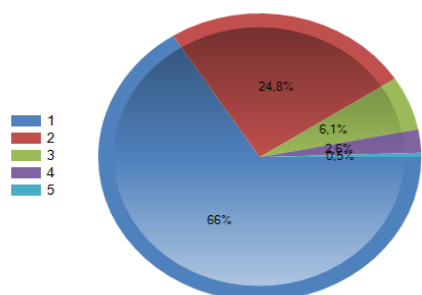
1 = non - 5 = beaucoup

➔ La réponse est négative pour plus de 50% des répondants, 30% y voient un début d'amélioration.



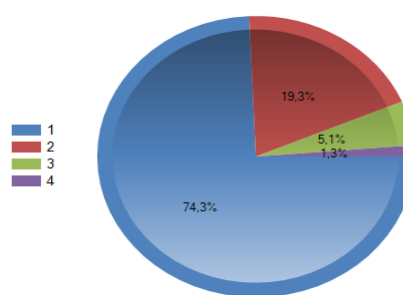
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec la médecine de ville ?

1 = non - 5 = beaucoup



Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations avec les acteurs privés à but lucratif ?

1 = non - 5 = beaucoup

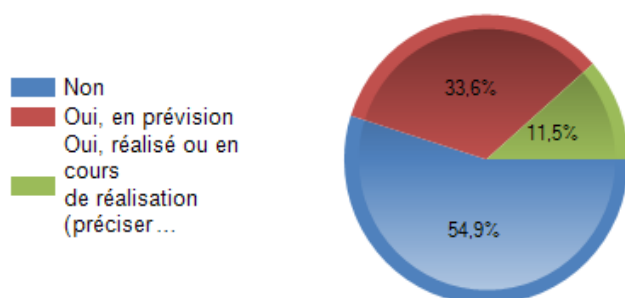


Concernant la coopération avec la médecine de ville, c'est un non à 66%, et concernant le privé à but lucratif c'est un non massif à près de 74%, mais 20% y voient un début d'amélioration.

Sur les 258 personnes qui ont confirmé que leur GHT a permis d'améliorer les coopérations avec la médecine de ville, seuls 20 DH ont apporté des précisions en citant principalement **la télémédecine, les Plateformes territoriales d'appui, les coopérations avec les radiologues de ville, les plateformes SI Ville-Hôpital.**

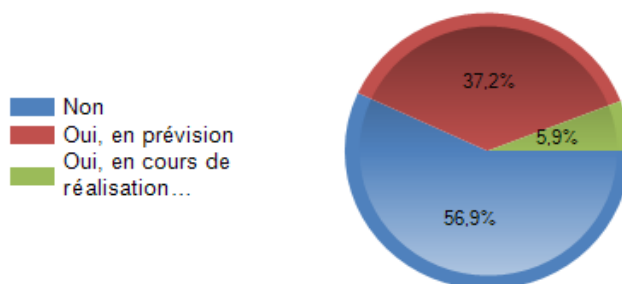
La mise en place du GHT a-t-elle permis de déployer un ou des pôles inter établissements ?

➔ Oui seulement pour 1 répondant sur 10, mais 30% de projets en cours.



Le déploiement du PMP a-t-il permis de conforter sur le territoire la permanence des soins ?

➔ La réponse est négative pour 57% des répondants, positive pour moins de 1 répondant sur 10, quand près de 4 répondants sur 10 mentionnent une amélioration en cours.



Sur les 169 DH ayant répondu que le déploiement du PMP a permis de conforter sur le territoire la permanence des soins, 24 ont précisé les **facteurs de réussite**, à savoir : la **bonne entente** entre les chefs de services, les médecins et équipe de direction, la **volonté** des acteurs et de la direction.

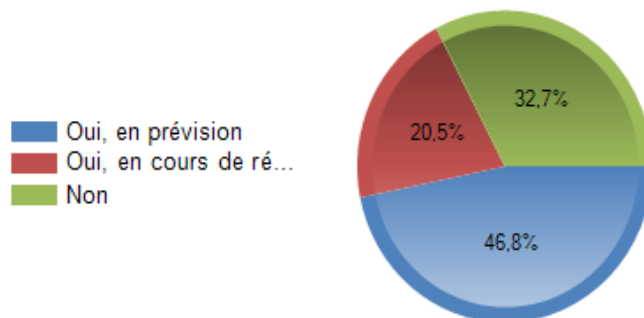
La constitution du GHT a-t-elle permis de constituer des équipes médicales communes ?

⇒ Oui en prévision pour 42% des répondants, Non pour 41% des DH, Oui de façon effective pour 16% des répondants.



Le GHT a-t-il permis d'améliorer la qualité des soins et le parcours des patients ?

⇒ Une réponse plutôt favorable pour près de 7 répondants sur 10 avec 20% d'amélioration en cours et 47% en prévision.

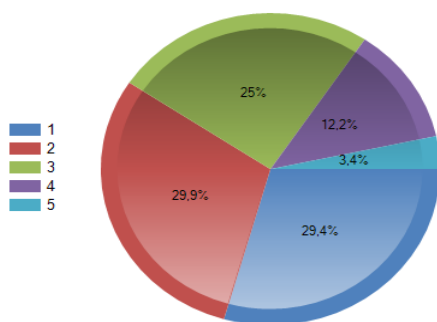


Les disciplines les plus citées en termes de plus-value de GHT sur la qualité des soins et les parcours sont les **Urgences**, la **gynécologie-obstétrique** et l'**oncologie**.

Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière d'information médicale ?

1 = non - 5 = beaucoup

⇒ Plutôt non ou très peu pour 60% des répondants.

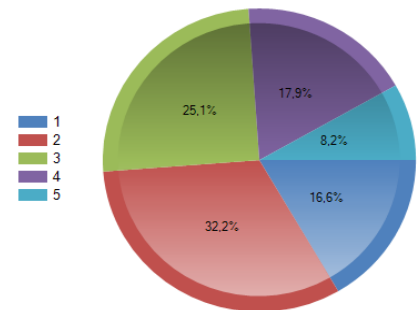


Coopérations sur les fonctions support du GHT

Le GHT ne semble pas avoir permis d'améliorer les coopérations en matière de système d'information pour près d'un DH sur deux. Seul un quart des DH estime que le GHT a eu une influence positive sur ce point. Concernant les projets SI qui ont été le plus déployés, **le DPI est de loin le premier projet** dans ce domaine (et même avant l'arrivée des GHT). Viennent ensuite les projets SI pour les achats, les laboratoires, la télémédecine, les RH, les plateformes d'échange/messagerie et les portails communs ainsi que l'hébergement et la sécurisation des données/serveur commun.

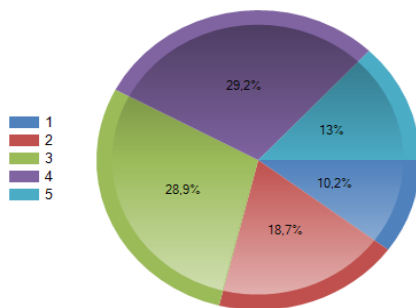
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière de système d'information ?

1 = Non - 5 = beaucoup



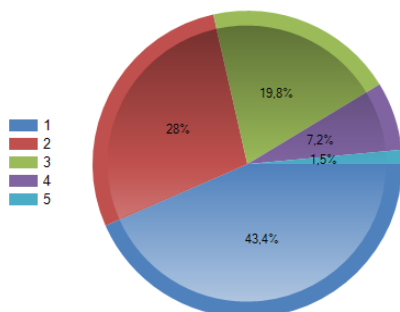
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière d'achat ?

1 = non - 5 = beaucoup



L'impact des GHT sur l'amélioration des coopérations en matière d'achat apparaît plus favorable pour les deux tiers des DH. La mise en place **d'une seule direction des achats** est actuellement la meilleure coopération réussie dans ce domaine. Autres coopérations mentionnées : les assurances, la pharmacie, la biologie, les achats de matériels lourds (tels que les scanners et les échographies) et l'alimentaire.

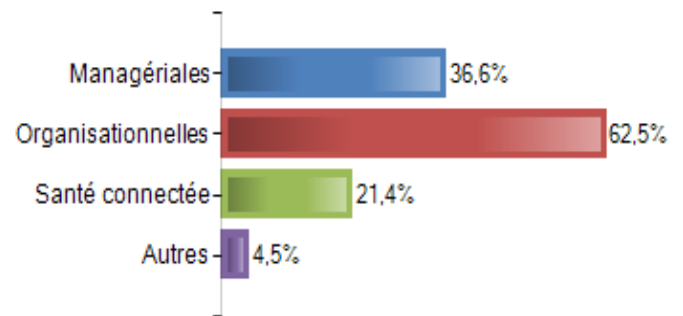
Le GHT a-t-il permis d'améliorer les coopérations en matière de logistique ?



Concernant les coopérations en matière de logistique, près des deux tiers des DH estiment que le GHT n'a pas eu beaucoup d'impact positif. Quelques exemples de coopérations réussies ont toutefois été cités : la blanchisserie et le service de restauration ont été le plus largement notés, suivis de la pharmacie à usage intérieur, le laboratoire, les transports et les parcs automobiles ainsi que la stérilisation.

La constitution de votre GHT a-t-elle permis de déployer des innovations :

La constitution des GHT a permis de déployer majoritairement des innovations organisationnelles (pour 62% des DH), mais également des innovations managériales (36%) et dans une moindre mesure en santé connectée (21%) et autres (4,5%).



Les exemples donnés au bénéfice (une cinquantaine de DH ont répondu à cette question) :

- **D'une meilleure gradation des soins territoriale :**
 - Filière cardiologie (accès 1^{ere} ligne sans USIC – articulation USIC de l'établissement support)
 - Consultations de pré-anesthésie avancées
 - Consultations avancées de prévention et dépistage en cancérologie

- **D'un décloisonnement hôpital/médecine de ville :**
 - Portail informatique ville hôpital
 - Chemins cliniques patients diabétiques
 - Projet pharmaceutique partagé
 - Filière périnatale

- **D'une informatisation territoriale :**
 - Télémédecine (gériatrie - transmission des ECG - suivi maladies chroniques)
 - Plateforme d'échanges de données, standardisation biologie délocalisée
 - Visio régulation du SAMU

- **D'une territorialisation des ressources et du périmètre d'action**
 - Equipe d'hygiène territoriale/ Service de santé au travail
 - Déploiement du vote électronique, hybride, pour les élections professionnelles
 - Projet CLACT conjoint/ acquisition d'un même logiciel de bourse aux heures
 - Pole territorial, comité d'éthique territorial, comité de développement durable territorial, fonds d'investissement territorial

Parmi les pistes à renforcer comme **critères de réussite** de la dynamique intégrée GHT, il est proposé majoritairement l'organisation de **séminaires** entre les cadres du GHT et l'utilisation du **lean management** pour accompagner les réorganisations structurantes et complexes de l'organisation des soins.

Attentes des directeurs d'hôpital pour préparer l'an 2 des GHT

Quelles évolutions législatives ou réglementaires seraient susceptibles d'améliorer le fonctionnement actuel des GHT ?

Selon la majorité des DH interrogés, **doter les GHT d'une personnalité morale permettrait d'améliorer** nettement leur fonctionnement (38 répondants). La **fusion et les directions communes** viennent juste après (20 répondants pour la fusion et 14 pour les directions communes).

En analysant de plus près les commentaires, il ressort que les directeurs adjoints ont été nettement plus nombreux à évoquer la personnalité morale (80% des DA contre 20% de chefs d'établissement). Il s'agit surtout de DH affectés à l'établissement support du GHT (près de 40%) et de DH affectés à un seul établissement (environ 30%). Les DA sont également ceux qui ont le plus cité la fusion et les directions communes dans leur verbatim (à 80%).

Les actions les plus citées susceptibles d'améliorer le fonctionnement de leur GHT sont les suivantes :

1. Repenser le périmètre du GHT

Taille trop étendue dans certains territoires, logique de flux patients, approche populationnelle, possibilité d'élargissement aux ESPIC, libéraux, acteurs privés, médico-sociaux ou MSP en fonction des configurations locales.

2. Simplifier et assouplir

a. La gouvernance interne (direction commune, fusion)

Avec souhait de transparence entre les établissements et application du principe de subsidiarité pour un management « *équilibré et partagé* ». Mais aussi **réduire le nombre d'instances**.

b. Les règles d'achats

Notamment en cohérence avec loi MOP.

c. Les modalités de coopération avec le privé

Par exemple, pour mutualiser une pharmacie avec un établissement privé sans passer par un GCS.

3. Faire évoluer les outils

a. Prioriser le système d'information commun au sein des GHT

b. Revoir les modalités de financement

Financement au parcours, plan d'investissement cohérent - notamment « pour sortir du carcan stérile des financements en silo ».

4. Clarifier

a. Le rôle du directeur de l'établissement support

Vis-à-vis des directeurs et équipes de direction des autres établissements du GHT, tout particulièrement concernant les fonctions mutualisées, et notamment les achats et le système d'information.

b. Les flux financiers au sein du GHT

c. La stratégie nationale en matière de fusion

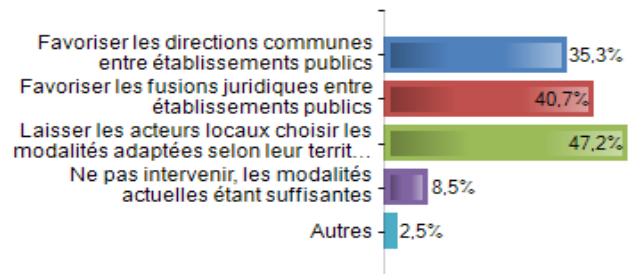
Entre établissements publics et des associations de partenaires, avec une déclinaison territoriale en fonction des contextes locaux.

5. Se donner du temps pour construire une identité GHT

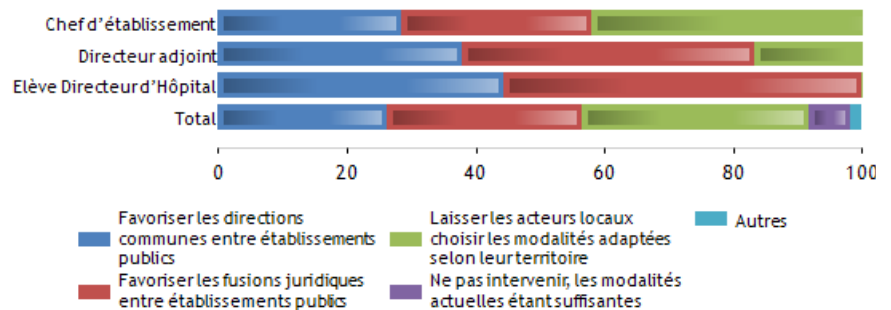
NB : Un nombre significatif de répondants estime au contraire souhaitable un retour en arrière sur tout ou partie de l'organisation des GHT : en lien, les tensions entre l'établissement pivot et les autres membres du GHT, ainsi qu'un sentiment de moindre efficacité des organisations.

La position est partagée entre la logique de **laisser les acteurs locaux choisir le mode de coopération le plus adapté** et celle de **fusionner** les établissements publics. La **direction commune** vient en troisième position.

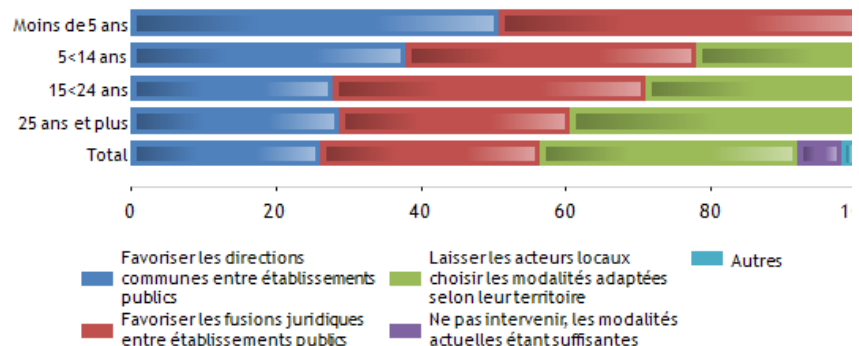
On annonce parfois « l'an 2 des GHT » : selon vous, quelle devrait être la tendance nationale concernant la gouvernance future des GHT ?



Les **directeurs adjoints** sont plus nombreux que les **chefs d'établissement** à être favorables aux **directions communes entre établissements** (38% contre 29%) ainsi qu'aux **fusions juridiques** (45% contre 29%).



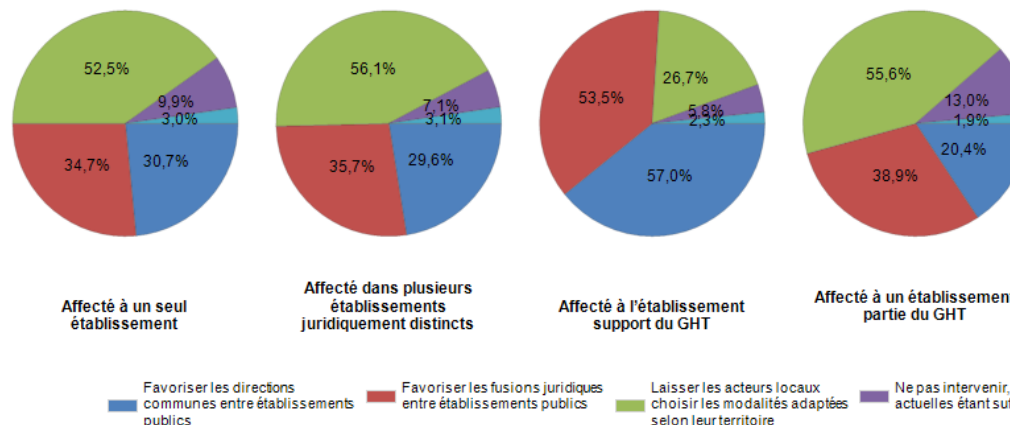
On constate que **plus les DH ont de l'ancienneté dans le corps, plus ils favorisent l'option de laisser les acteurs locaux choisir les modalités adaptées selon leur territoire** (60% des DH qui ont plus de 25 ans d'expérience ont choisi cette réponse).



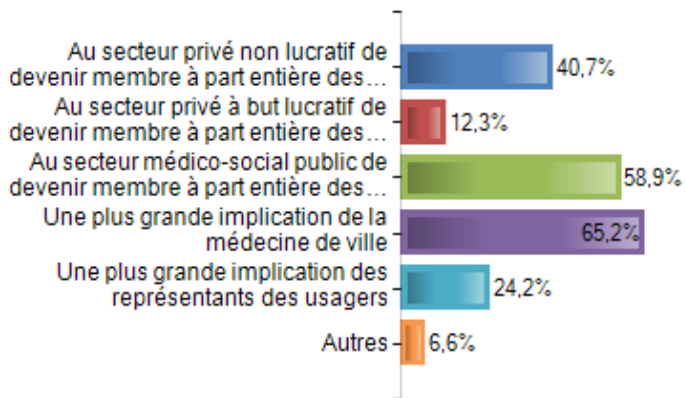
Les DH affectés à l'établissement support du GHT sont plus nombreux à choisir la logique des **fusions juridiques et des directions communes**.

Les DH affectés à un seul établissement, dans plusieurs établissements juridiquement distincts ou dans un établissement partie du GHT préfèrent majoritairement **laisser les acteurs choisir les modalités**.

Les DH affectés à un établissement partie du GHT ont, quant à eux, peu opté pour les directions communes.



Selon vous, le cadre législatif des GHT doit-il évoluer pour permettre :



Les répondants choisissent majoritairement une **évolution du cadre législatif pour permettre une plus grande implication des libéraux**. Viennent ensuite le **médico-social public** puis les **ESPIC**

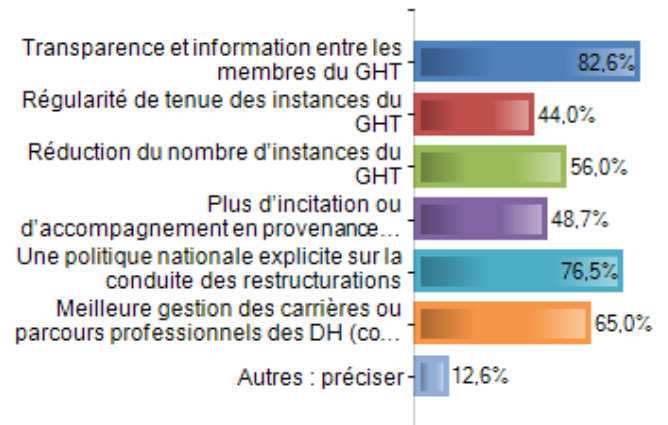
- Très **majoritairement** il est souhaité une évolution du cadre législatif pour davantage **impliquer la médecine de ville, et intégrer le secteur médico-social et privé non lucratif**.
- Il est mis l'accent sur la nécessité de « **donner du temps** aux membres de trouver un fonctionnement équilibré et aux équipes de construire une histoire commune ».
- Une **simplification** des **règles** et normes applicables (autorisations au niveau GHT, réduction du nombre d'instances,...), mais aussi des **parcours** des patients/des **cadres de coopérations**.

Les principaux facteurs de réussite choisis sont la **transparence et l'information au sein du GHT**, une **politique nationale plus claire sur la conduite des restructurations** et une **meilleure gestion des carrières et des parcours DH**.

Réduire le nombre d'instances du GHT arrive en 4^{ème} position.

Les verbatim mettent l'accent sur le besoin de **développer les nouveaux modes de management, de valoriser les acteurs, de les remotiver**. Mais aussi de donner la personnalité morale aux GHT, de faciliter les **fusions et les directions communes**.

Quels sont les facteurs de réussite essentiels selon vous pour que les GHT se déploient avec efficacité ?



ANNEXE : Verbatim

Perceptions et attentes de la profession sur l'an1 des GHT et la préparation de l'an 2, via les espaces de commentaires libres proposés à la suite de certaines questions.

Evolution des fonctions et du cadre d'exercice

Les impacts de l'organisation en GHT sur les conditions de travail :

- *Pas de démarche participative associant les directeurs adjoints, hormis les groupes de travail thématiques obligatoires tels que la structuration des achats du GHT ; politique achat.*
- *Charge de travail accrue par augmentation du nombre de réunions et complexité des procédures (achats, DIM...).*
- *Rajout d'instances, impact des organisations sur le climat social.*
- *Intérêt professionnel accru mais augmentation de la charge de travail sur des missions spécifiques, à cause des responsabilités liées à l'établissement support.*
- *Lourdeur de la tâche d'animation des filières de prise en charge sans moyens supplémentaires ; agenda apocalyptique avec l'ajout de 12 COPIL trimestriels + toutes les autres instances, à préparer, à animer, à en faire le compte-rendu.*
- *Périmètre étendue sur certaines thématiques avec une articulation à trouver entre les acteurs parties-prenantes: complexification de l'agenda pour mener des projets en associant tous les établissements, allongement des délais d'instruction.*
- *C'est trop tôt pour évaluer. L'intérêt d'échanger entre collègues est certain mais il faut reconnaître la diversité et les spécificités. Selon les dossiers, c'est différent. Le système a besoin de mûrir.*
- *Intérêt dans le cadre d'échanges fructueux avec les collègues mais augmentation de la charge de travail sans modification des conditions d'exercice au sein de l'établissement support.*
- *Beaucoup de réunions et de déplacements chronophages. Moins de temps pour gérer les questions du quotidien qui échouent sur les bureaux de mes collaborateurs.*

Avez-vous des propositions pour accompagner l'évolution du cadre d'exercice des DH, et améliorer les conditions d'exercice ?

- Revoir les conditions de mobilité en reconnaissant l'exercice avec du temps affecté sur le GHT, prime d'exercice territorial et développer les outils de communication pour éviter les déplacements.
- Les responsabilités sont territoriales, les organisations amènent à partager son temps sur différents sites, une reconnaissance indiciaire et indemnitaire spécifique devrait exister et pourquoi pas la création d'une grille indiciaire spécifique à l'image des postes fonctionnels pour les DH et adjoints à l'œuvre sur les différents établissements des GHT.
- Créer des directions communes pour chaque GHT et créer un poste d'emploi fonctionnel d'adjoint au directeur du GHT et pour les responsables de sites.
- Faire participer les membres des équipes de Direction aux réflexions stratégiques.
- Formation initiale (Rennes) pour concertation, échanges, arbitrages, synthèses, communication, leviers de changement.
- Mieux prendre en compte la réalité géographique (éloignement entre deux établissements) dans la constitution des directions communes (principe de réalité).
- Impérieuse nécessité de reprofiler le métier de directeur d'hôpital : directeur territorial ou de centres d'activités. Puis modifier le statut ou le faire nettement évoluer. La notion de chefferie d'établissement, y compris pour l'établissement support n'est plus adapté et est même contreproductif.
- Reconnaître statutairement les directeurs délégués ; simplifier le fonctionnement des instances des établissements et du GHT.
- Au regard de l'extension du périmètre d'intervention des établissements supports et des projets à mener sur le plan territorial, d'une part, et compte tenu de la réduction à venir du nombre de postes de chefs d'établissement, il serait souhaitable de créer des postes de DGA dans les CH établissements supports de GHT, et pour les CHU, de créer un deuxième poste de DGA. Ceci offrirait des perspectives de carrière intéressantes, alors que le nombre de poste des chefs d'établissement aura tendance à se réduire avec les directions communes voire fusions d'établissements au sein des GHT, tendance assez naturelle.
- Donner du temps pour assurer le travail de coordination en raison souvent de décisions complexes qui ne peuvent se régler exclusivement par l'approche réglementaire.
- Il faut plus de transparence dans les missions GHT des collègues, la clarification entre les missions propres des établissements support et non support est en train de se faire à vitesse variable selon les domaines, c'est à valider au fur et à mesure, sinon risque d'injonctions contradictoires supplémentaire.
- Capacité à décentraliser les réunions de l'établissement support en périphérie du GHT, veiller à disposer d'un chargé de projet ou coordonnateur GHT véritable chef d'orchestre des multiples réunions, etc...
- Développer la visioconférence pour réduire les déplacements fréquents.
- Prise en compte de l'exercice sur un établissement support et valorisation des postes de directeurs des établissements parties par l'élargissement des postes fonctionnels.
- Coaching pour accompagner les collègues à leurs nouvelles missions.
- Régler la question des emplois fonctionnels pour les chefs d'établissements parties dans le cadre des directions communes. Confier au directeur support la répartition des emplois fonctionnels au sein du GHT. Améliorer la reconnaissance des missions inter-sites pour les directeurs adjoints. Reconnaître l'augmentation de la charge de travail et de stress professionnel pour les directions (chefs et adjoints) en GHT.
- Du fait du resserrement du nombre de poste de direction (du fait des directions commune) + de la perte d'intérêt de certaines fonctions dans les établissements parties, nécessité de repenser l'accès aux emplois fonctionnels pour maintenir l'attractivité des carrières.

- Offrir des possibilités de formation à des techniques de management nouvelles, réfléchir aux outils de travail d'un exercice territorial, réfléchir aux primes.
- Séances de co-développement individuel et de coaching des équipes de direction.
- Des parcours professionnels qualifiants doivent valoriser les DA en directions fonctionnelles de niveau GHT et les fonctions de directeurs délégués de site afin que les critères d'éligibilité aux emplois fonctionnels soient plus souples et reconnaissent la réalité des fonctions mais permettent également des recompositions d'équipe non pénalisantes pour les chefs d'établissement en poste et pouvant vivre l'installation d'une direction commune.
- Aller vers une intégration plus importante (fusions, directions communes) pour limiter la lourdeur administrative et le poids des activités purement administratives dans les postes de direction.
- Accélérez la fusion des établissements ! Les GHT sont en l'état actuel une strate supplémentaire génératrice de perte d'efficacité au lieu d'un élément intégrateur permettant des rationalisations de gestion.
- Monter en compétences les collaborateurs directs (attachés et adjoints de cadres) pour pouvoir libérer du temps au directeur adjoint afin qu'il puisse se concentrer sur les questions stratégiques et laisser un peu de côté les aspects opérationnels du métier.

Coopérations médicales et soignantes du GHT

Quelles coopérations avec la médecine de ville le GHT a-t-il permis d'améliorer ?

- Télémédecine.
- Des actions sur la participation de la médecine de ville au fonctionnement des urgences
- Participation aux travaux sur les filières.
- La psychiatrie met en place dans le cadre de son projet d'établissement un axe ville-hôpital (état/élus/professionnels de santé/associations).
- Coopération avec une structure d'HAD.
- Projet territorial de plateforme d'échanges numérique ville-hôpital, étude en cours sur des modalités d'exercice mixte libéral-hospitalier pour les jeunes médecins.
- Association des EPS aux projets Maisons Professionnelles de santé et plateformes territoriale d'appui, PDSA.
- Coopération à l'étude avec les radiologues libéraux.
- Négociations bien engagées avec les radiologues de ville et le groupe pasteur.
- Projet de plateforme SI Ville hôpital.

Quels sont les facteurs de réussite des projets réalisés ou en cours de réalisation lorsque le déploiement du PMP a permis de conforter sur le territoire la permanence des soins ?

- La bonne entente entre chefs de service de chaque établissement.
- Volonté des acteurs et de la direction.
- L'existence d'une cohérence sur le territoire et la préexistence de démographie médicale.
- Existe de complémentarités et entente entre médecins.
- Le choix du Chef de Pôle, la volonté des praticiens sur les différents sites, les équipes médicales, de territoire et le PMP permettent de meilleurs recrutements.
- Un seul sur la fièvre obstétrique : volonté commune des établissements et travail important entre les médecins.

- Fédération interhospitalière avec un coordonnateur médical de territoire.
- Domaines techniques où l'établissement support peut apporter une expertise.
- Un laboratoire commun à deux établissements membres du GHT.

Coopérations sur les fonctions support du GHT

Décrire brièvement une ou plusieurs innovations, ainsi que son niveau d'opérationnalité déployées grâce à la constitution de votre GHT :

- DMU commun entre les deux services des urgences, système d'information unique pour les deux sites d'imagerie, un laboratoire unique pour 3 sites (sur les 4).
- Projet de télémédecine reposant sur 4 axes : 1) gériatrie (télémédecine entre EHPAD du territoire et équipes géronto hospitalières) ; 2) transmission des ECG entre structures 3) suivi maladies chroniques (plaies, diabète...) 4) équiper les SMUR et territoire isolés type refuges de montage.
- Plateforme d'échanges de données (en projet), standardisation biologie délocalisée (en cours)
- Projet de télémédecine et EHPAD sur l'ensemble du territoire avec les CH embarqués.
- Déploiement du vote électronique, hybride, pour les élections professionnelles dans les établissements du GHT.
- Mise en place de consultations avancées de prévention et dépistage en cancérologie.
- Recomposition de l'équipe de direction et partage du temps des directeurs intersites.
- Santé connectée en cours de réflexion, mise en place de directions communes.
- Elaboration de chemins cliniques des patients diabétiques à l'échelle du territoire avec implication des libéraux (médecins, pharmaciens et IDE).
- Création d'un fonds d'investissement territorial qui va permettre de privilégier une logique territoriale et mutualiser les capacités d'investissement.
- Le service d'achat mutualisé qui centralise la fonction achat du GHT - un poste de secrétariat général de GHT - La télémédecine sur le parcours PH notamment.
- Réorganisation de services avec lean management.
- Chaque thématique de travail (cf. liste compétences GHT) est confiée à un chef d'établissement différent.
- Formalisation garde médicale entre médecins des services d'urgences et smur des établissements du GHT pour médicalisation estivale de l'hélicoptère de la sécurité civile pour surveillance et secours aux baigneurs. Antérieurement assurée par les seuls médecins de l'établissement support.
- Mise en place de la Direction achat du GHT et mise en place des départements ACHAT- Travail de collaboration par segments d'achat.

Attentes des directeurs d'hôpital sur l'an 2 des GHT

Quelles évolutions législatives ou réglementaires seraient susceptibles d'améliorer le fonctionnement actuel des GHT ?

- Révision des périmètres pour les GHT trop importants (nombre d'établissements, distances entre les établissements, etc.).
- Assouplir le cadre trop systématique et rigide qui ne tient pas compte de la taille du GHT.
- Il faut pousser la logique d'intégration ou l'abandonner. la situation actuelle cumule tous les inconvénients : il faut faire vivre un modèle de coopération non consenti par les intéressés, notamment en raison des menaces sur les positions des chefs d'établissement. Il conviendrait de fusionner les établissements et créer un statut de chef d'établissement "non-siège" de GHT.
- La possibilité de disposer d'une seule entité juridique permettant ainsi des transferts financiers entre les différents établissements et un recrutement simplifié.
- Laisser la responsabilité et la signature des achats aux directeurs membres du GHT. Le transfert de la responsabilité et de la signature à l'établissement support conduit à des organisations lourdes et coûteuses.
- Réduire le nombre d'instances / Simplifier le régime des directions communes / Confier à l'établissement support des instruments de motivation pour les directeurs (chefs et adjoints) / Créer une fonction de directeur de site pouvant être classé fonctionnel.
- La présence de représentant ars obligatoire dans les instances du GHT.
- Clarifications juridiques de la totalité des textes d'application qui restent pour beaucoup encore sujets à interprétations.
- Des sujets sont encore à préciser sur l'étape en cours (cf. sur les marchés, comment l'établissement support peut-il passer une consultation pour répondre aux besoins d'un CH sur une prestation qu'il assure lui-même (ex de la biologie). Le cadre juridique est encore à préciser sur différents aspects.
- Suppression d'instances, une seule trésorerie publique par GHT.
- Assouplir le cadre trop systématique et rigide qui ne tient pas compte de la taille du GHT.
- Laisser plus de marges d'actions aux acteurs pour une coopération équilibrée et un établissement support moins hégémonique.
- Il apparaît essentiel d'intégrer le secteur médicosocial afin de mettre en œuvre une vraie cohérence dans les parcours de soin.

Quelles actions ou modifications locales seraient susceptibles d'améliorer le fonctionnement de votre GHT en particulier ?

- Avoir davantage de marge de manœuvre sur les achats. Assouplir l'obligation de convergence des SI (car comment la financer ?).
- Un meilleur accompagnement des directeurs adjoints, souvent eux-mêmes à la manœuvre sur des projets du GHT, et qui sont parfois très en retrait.
- Meilleure reconnaissance des missions de service public du GHT, obligation des structures de ville financées par l'ARS (MMG, MPS) d'être partenaires du GHT (convention).
- Reconnaissance des fonctions par des emplois fonctionnels et obligation des privés à but non lucratif et lucratif à intégrer le GHT et construire un PMP commun. Aide de l'ARS en soutenant ce projet et en autorisant aucun projet, aucune autorisation sans PMP public privé.
- Ne pas tout faire reposer sur l'établissement support.
- Poursuite de la mise en œuvre de la graduation des filières de soin.

- Plus de dialogue entre les différents membres quelle que soit la taille ou l'activité de l'établissement.
- Engagement de l'ARS dans la prise en compte des situations particulières comme l'inter-région.
- Le travail plus approfondi que les parcours de soins, le financement au parcours et, en lien, la juste valorisation des activités externes et ambulatoires en médecine! pour sortir du carcan stérile des financements en silo.
- Réduire les tailles des GHT. Un GHT taille XXL qui couvre plus qu'un département est voué à l'échec.
- Financement des investissements liés aux mutualisations et principaux projets GHT.
- Assouplir les règles figées, notamment les clefs de répartition réglementaires, qui pénalisent les CHS.
- Réflexion plus intégrative pas à pas sur les fonctions support dans une logique d'économie d'échelle, dans tous les secteurs.
- Rester à deux GHT dans le département. Il y a un combat des chefs (politique) qui parasite voire pourrait la réalisation de coopérations concrètes. Ce serait compliqué car le département est vaste, complexe géographiquement et en croissance de population.
- En matière d'achats (mon domaine), laisser un seuil en-deçà duquel la commande resterait au niveau de l'établissement. Idem pour les marchés de travaux.
- Des Directions plus coopératives et moins transparentes au sein des établissements supports pour une coopération gagnant-gagnant.
- Périmètre des GHT correspondant au périmètre départemental pour éviter les doubles tutelles.
- La poursuite de la simplification et de la centralisation de la gouvernance, au regard de la taille des établissements parties.
- Prévoir la gestion par l'Etablissement support des fonctions supports qui sont réparties entre les établissements parties.
- Repenser les espace de direction, secrétariat mutualisé, espaces de travail partagé, salles de réunions réunis sur une même structure administrative. Eviter la dispersion fonctionnelle.
- Des réunions de concertation pluriprofessionnelle, une meilleure communication (interne et externe).
- Qualité au service de la stratégie et du management, la qualité étant "le plus petit dénominateur commun" (intérêt à agir commun, au-delà des conflits d'ordres divers).
- Développer la formation et la recherche dans tous les établissements membres.
- Que soient prises en compte et respectées les spécificités des hôpitaux de Proximité, qui ont mis en place le pas depuis longtemps un partenariat fort avec les libéraux.
- Restructuration des organigrammes des équipes de directions (positionnement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers) / gestion de projet et management par objectifs partagés.
- Le découpage initial ne correspond pas aux déplacements des populations au sein du territoire.
- Périmètre géographique du GHT trop vaste, dimensionnement du GHT : très/trop nombreux EHPAD membres.
- L'évolution de la dynamique de la communauté médicale de territoire et le portage de leurs projets sont primordiaux pour l'amélioration du fonctionnement du GHT.
- Mettre tous les établissements en direction commune et lancer les restructurations d'activité nécessaires avec un accompagnement ARS.
- Participation des ARS dans les groupes de travail.

On annonce parfois « l'an 2 des GHT » : selon vous, quelle devrait être la tendance nationale concernant la gouvernance future des GHT ?

- Revenir aux fondamentaux pour le périmètre d'une GHT : organiser le flux des patients et éviter la redondance des actes.
- Fusion si et seulement si on ne crée pas des "monstres" hospitaliers où les équipes de directions seraient coupés du terrain.
- Introduire plus de souplesse dans les règles de fonctionnement en permettant le choix du support, le partage des fonctions communes entre établissements.
- Placer le projet médical de territoire au centre du GHT et calibrer l'offre en fonction de ce que les établissements peuvent et savent bien faire.
- La notion de GHT doit rester un outil managérial de promotion d'une offre de soin efficace sur un territoire. Elle doit permettre une approche locale et populationnelle des projets médicaux et médico-sociaux.
- Deux modèles s'affrontent : fusion entre établissements publics ou vision territoriale associant les partenaires du parcours patient (médecine de ville, structures privées FEHAP, FHP). La position des acteurs dépend des contextes locaux, il appartient à l'Etat de définir la stratégie nationale.
- Définir une réelle identité GHT et un projet "travailler ensemble".

Selon vous, le cadre législatif des GHT doit-il évoluer pour permettre :

- Le tort a été de n'imposer qu'aux établissements publics l'obligation de cette démarche de parcours de soins. Cela pénalise et continuera à pénaliser la répartition équilibrée des médecins.
- Statut quo pour laisser le temps aux membres de trouver un fonctionnement équilibré et aux équipes de construire une histoire commune.
- Trouver des correspondants identifiés côté médecine de ville pour structurer un échelon intermédiaire de prise en charge entre la ville et les GHT: comment sont-ils organisés ?
- Une plus grande implication des représentants du personnel.
- L'accès effectif aux soins réellement de qualité est la question centrale actuelle; la dichotomie public, privé et ESPIC n'ont plus lieu d'être dans le cadre du secteur 1 d'honoraires.
- Simplification des parcours des patients/des cadres de coopérations.
- Il faut veiller à définir les missions et les financements et à ne pas faire naître des structures trop grandes dans lesquelles le top management est trop éloigné.

Quels sont les facteurs de réussite essentiels selon vous pour que les GHT se déploient avec efficacité ?

- Axer le travail du GHT sur l'optimisation des parcours patients.
- Réduction du nombre d'instances propres aux établissements au bénéfice des instances du GHT.
- Fondamentaux : Dossier médical partageable au niveau national et non d'un GHT.
- Analyse des besoins et attentes (démographie, morbidité, géographie et temps d'accès aux soins, associations).
- Renforcement des dispositifs participatifs.
- Une politique permettant de favoriser l'affectation de médecins spécialistes sur les territoires à la démographie médicale défaillante.
- Axer toute décision prise sur l'amélioration de la prise en charge des patients (le prisme financier de chaque entité est un frein,): le prisme financier de l'ensemble doit primer.
- Assoir la configuration des GHT sur des filières et des parcours de soins en intégrant tous les acteurs.
- Incitation financière à l'innovation en termes de décloisonnement public-privé et sanitaire-médico-social.

- *Ne pas concevoir la notion de GHT comme le graal ultime de résolution des difficultés de permanence des soins, des difficultés de recrutement médical, ni de réorganisation et restructuration de l'offre de soins. C'est un outil de coopération et collaboration qui ne doit pas être restreint à la mise en place d'instances et de niveaux décisionnels supplémentaires. Cela exige de penser nos modes de management différemment et de mettre en place cette réforme avec souplesse et vision transversale.*
- *Accompagnement au changement effectué par l'ARS, via des conférences de directeurs trimestrielles, pour donner du souffle à la mise en œuvre de cette réforme très structurante.*
- *Fixer des objectifs clairs lorsque l'autorité sanitaire considère utile d'en fixer, mais en laissant les acteurs libres de s'organiser pour atteindre ces objectifs.*
- *Refondre certains GHT qui n'ont pas une dimension correcte pour travailler. Arrêter de croire que le département est le support d'un GHT...*
- *Véritable concertation et co-construction entre tous les établissements.*