

GHT : Quelles conséquences pour les directeurs d'hôpital ?

Le point de vue de
**Jérémie Sécher, président
du SMPS (Syndicat des
managers publics de
santé).**

.....
Jérémie Sécher nous donne sa vision sur l'évolution des GHT et leur devenir en insistant sur certains points cruciaux aussi bien en termes de gestion économique que de gestion humaine. Il rappelle que c'est la mise en place des directions communes depuis 6-7 ans, qui a été très restructurante et qui a permis de bien préparer la mise en place des GHT. Le prochain objectif : le projet médicalisé partagé.

Avenir Hospitalier : Quel avenir voyez-vous pour les directeurs de GHT ?

Jérémie Sécher : Les GHT sont pour les directeurs d'hôpital une étape nécessaire mais probablement transitoire. Elle est nécessaire car nous considérons qu'il est important que les hôpitaux publics continuent à travailler encore plus entre eux et ce, de manière obligatoire. Cependant, nous considérons que ce n'est qu'une étape transitoire vers autre chose, dans la mesure où il n'y pas de modèle unique de GHT. En effet certains GHT regroupent entre 4 et 20 établissements et nous allons donc très certainement vers des modes de gouvernance et de fonctionnement très différents.

Pour les directeurs d'hôpitaux, ce ne sont pas les GHT qui sont restructurants mais plus les directions communes qui datent de plusieurs années.

D'après les données du CNG, entre 2009 et 2013, 30 % des directions avaient disparu ou fusionné. À ce jour, on estime que 40 à 50 % des directions ont disparu dans le cadre des directions communes.

Cependant, les GHT vont apporter un point positif car ils vont permettre de médicaliser ces réorganisations territoriales en finalisant, d'ici l'été 2017, un projet médicalisé partagé.

Je considère que le postulat qui était de dire, au moment de la création des GHT, que les hôpitaux publics ne s'étaient pas suffisamment réorganisés méconnaît la réalité des directions communes. Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il ne faille pas travailler davantage ensemble.

On peut identifier deux conséquences majeures pour les directeurs d'hôpital :

- des modifications de leurs conditions d'exercice puisque l'exercice multisite va se généraliser.
- des conséquences en termes de ligne

La vraie plus-value des GHT repose sur le projet médicalisé partagé.

de management car les relations entre l'établissement support et les établissements membres vont créer des modes de fonctionnement dont on n'avait pas l'habitude.

Avenir Hospitalier : De quelle manière allez-vous vous organiser avec l'établissement support, notamment au niveau des fonctions mutualisées ?

Jérémie Sécher : C'est un grand point d'interrogation auquel personne ne sait répondre aujourd'hui. La Loi qui prévoit les GHT ne leur donne pas de personnalité morale. Cela pose donc un problème de délégation de compétence et par

conséquent un partage de responsabilité entre les directeurs, que ce soit le directeur de l'établissement support, ou les directeurs des établissements membres. Le directeur de l'établissement support qui signera les marchés engagera sa responsabilité sur un processus qu'il ne maîtrise pas, et les directeurs des hôpitaux membres engageront leur responsabilité sur une décision qu'ils ne prennent pas puisqu'ils sont responsables juridiquement de l'exécution du marché.

Sur le plan juridique et organisationnel, le système actuel va nous amener à une confusion de compétence et donc de responsabilité entre les directions des différents établissements.

Nous sommes opposés à cette situation car nous sommes les représentants légaux des établissements et nous en assumons donc les conséquences juridiques et pénales. En droit pénal, les responsabilités ne se soustraient pas, mais s'additionnent. Les directeurs d'hôpital demandent de centraliser les modalités de décisions et les délégations de signatures entre établissements, que ce soit dans la coordination de la politique d'achat ou dans la politique d'approvisionnement. Autant dans un GHT de 4 établissements ce n'est pas compliqué à organiser, autant dans un GHT de 10 ou 15 établissements, si l'établissement support doit gérer tout cela, c'est une vraie usine à gaz.

Nous craignons que parmi les conséquences de cette ambiguïté originelle sur le statut du GHT, on voit apparaître

- des difficultés organisationnelles,
- et l'absence d'économie à court terme, mais au contraire la génération de surcoûts.

De plus, nous ne sommes pas favorables au système de mutation d'office ou de mise à disposition de personnel des administrations ou des ingénieurs tel que c'est préconisé par le Ministère de la Santé.

En droit pénal, les responsabilités ne se soustraient pas, mais s'additionnent.

Nous considérons que nous ne nous orienterons pas vers une simplification du système, mais au contraire une complexification. De ce fait, dans les GHT importants, nous risquons d'être moins réactifs aux réponses à apporter à la communauté hospitalière. Nous attendons des réponses dans les prochains mois.

Avenir Hospitalier : Quel est l'impact au niveau de la communauté hospitalière ?

Jérémie Sécher : Il est positif dans le sens où la réflexion, à l'échelle d'un territoire, sur le futur de nos activités médicales, devra se faire avec la communauté hospitalière de tous les établissements.

Par exemple :

- dans le champ de la chirurgie, la permanence des soins,
- dans le champ de la biologie, l'organisation des plateaux techniques,
- dans le champ de l'imagerie, les modalités d'installation d'équipements lourds comme une IRM.

Il va falloir rechercher des consensus ou compromis à l'échelle de tous les établissements. Il est nécessaire d'inventer un nouveau mode de concertation et de décision avec les communautés médicales, afin de nous permettre d'être réactif à l'échelle d'un territoire.

Cela va prendre du temps (5 à 10 ans) mais beaucoup du chemin a déjà été

parcouru depuis la création des directions communes.

Avenir Hospitalier : Qu'en est-il de la coopération avec les PH et les organisations professionnelles ?

Jérémie Sécher : La communauté hospitalière est inquiète des conséquences des regroupements hospitaliers. Il faut écouter et se mettre en situation de dialogue avec les organisations syndicales et les représentants des différentes sensibilités de la communauté hospitalière pour expliquer ce que l'on veut faire. Ce n'était déjà pas facile au sein des hôpitaux de taille importante et c'est aujourd'hui un vrai challenge pour les directeurs d'hôpitaux, les présidents de CME et les équipes au niveau d'un territoire.

Il faut rassurer en expliquant que les GHT n'ont pas pour objectif de fermer



des activités, mais de développer l'offre de soins publics hospitaliers en développant de nouvelles activités. ●

Propos recueillis par Christiane Mura

Un exemple de réflexion à mener : partages d'autorisations d'équipements lourds

Aujourd'hui les autorisations pour les équipements lourds sont attribuées à un établissement.

Nous demandons aux pouvoirs publics d'assouplir la réglementation pour pouvoir partager ces autorisations pour que les différents sites d'un GHT puissent en bénéficier ce qui permettrait de se mettre dans une logique de « copropriétaire » plutôt que dans une logique de concurrence entre établissements.

Par exemple pour une autorisation d'IRM dans le cadre de la cardiologie interventionnelle, lorsqu'une nouvelle autorisation est disponible, il y a deux cas de figures :

- soit les hôpitaux se mettent d'accord pour savoir quel établissement sera bénéficiaire de cette autorisation
- soit au sein du GHT plusieurs établissements restent en concurrence, et un bon moyen pour mettre tout le monde d'accord serait de partager l'autorisation. Aujourd'hui le droit ne le permet pas.

L'objectif est bien sûr la mise à disposition de l'ensemble des médecins d'une technologie qu'un hôpital ne pourrait pas se procurer seul..