



# Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission -

*Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU*

*Février 2016*

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Des échanges en région qui témoignent d'un avancement des travaux dans les territoires</b> .....	<b>6</b>
1.1. Une dynamique largement engagée dans les régions .....	6
1.2. Une très grande hétérogénéité des découpages territoriaux .....	7
<b>2. Nos 10 orientations pour les décrets d'application</b> .....	<b>10</b>
Orientation n°1 : Définir le contenu du projet médical partagé.....	10
Orientation n° 2 : Mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux.....	13
Orientation n°3 : Expliciter le processus de création d'un GHT .....	15
Orientation n°4 : Faciliter l'organisation en commun des activités médico-techniques .....	16
Orientation n°5 : Transposer aux pôles inter-établissements le régime existant des pôles	18
Orientation n°6 : Conforter le positionnement institutionnel et les missions du médecin responsable du DIM de GHT .....	20
Orientation n°7 : Organiser la convergence des systèmes d'information.....	22
Orientation n°8 : Englober, dans la mise en place de la fonction achat, l'ensemble de la chaîne achat pour tous les segments d'achat .....	24
Orientation n°9 : Fixer une échéance à 2020 pour la mise en place d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe par la HAS.....	25
Orientation n°10 : Introduire des modalités de solidarité budgétaire et de trésorerie .....	26
<b>3. Nos 3 orientations pour le modèle de financement d'une activité territorialisée grâce au recours à la télémedecine</b> .....	<b>30</b>
Orientation n°11 : Tarifier les téléconsultations à l'acte selon les tarifs NGAP .....	31
Orientation n°12 : Introduire un forfait annuel de rémunération des établissements requérants .....	31
Orientation n°13 : Appliquer les prototypes tarifaires déjà créés par les pouvoirs publics pour la téléexpertise.....	33
<b>4. Nos 4 orientations pour l'accompagnement du déploiement</b> .....	<b>34</b>
Orientation n°14 : Mettre à disposition une boîte à outils élaborée avec des professionnels hospitaliers .....	34
Orientation n°15 : Elaborer un plan de formation national .....	42
Orientation n°16 : Prévoir un accompagnement financier pour supporter les coûts de constitution des GHT .....	43
Orientation n°17 : Organiser le dialogue social au niveau des GHT .....	43
<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>46</b>

<b>Liste des sigles utilisés.....</b>	<b>47</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>48</b>
Annexe 1 : Lettre de mission.....	48
Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la boîte à outils .....	49
Annexe 3 : Proposition d'un plan national de formation.....	50

## Introduction

15 mois après le lancement de notre mission ministérielle, il est temps pour nous de clôturer nos travaux. Ces derniers mois ont été extrêmement riches en échanges. Au-delà des auditions conduites au premier semestre, nous avons passé le dernier semestre à aller à la rencontre des professionnels en région. Cette deuxième partie de mission a aussi été consacrée à participer à des travaux techniques, dans le cadre de groupes animés par la DGOS et associant des professionnels hospitaliers.

Forts de ces échanges, nous sommes en mesure de formuler des préconisations sur le dispositif cible des GHT, en identifiant les points de vigilance. Ayant participé à la réécriture de l'article concerné dans ce qui était encore le projet de loi de modernisation de notre système de santé, nous remettons, en mai dernier, à mi-parcours à peu près, un rapport intermédiaire fortement orienté sur le cadre législatif. Nous clôturons notre mission au moment même de la promulgation de la loi.

Ce rapport final vient compléter notre rapport intermédiaire en ce qu'il cible les textes d'application. Nous abordons déjà quelques enjeux à ce sujet en mai dernier. Nous les confirmons et les complétons de sorte à permettre la mise en place d'un cadre légal et réglementaire achevé pour une mise en application de la mesure dans les meilleurs délais.

Il ajoute aussi aux orientations que nous esquissions sur ce que nous avons appelé la boîte à outils. Plus largement, il nous paraissait indispensable de formuler des préconisations sur le plan d'accompagnement du déploiement des GHT. Proposer un cadre juridique ne peut suffire. Il faut pouvoir donner les moyens aux établissements de le mettre en œuvre. Cela passe par un outillage non opposable, par des formations et par un accompagnement opérationnel.

Le temps de la conception du dispositif s'achève donc, et notre mission avec. Il est temps de laisser place à sa mise en œuvre par les acteurs. C'est à n'en pas douter la partie la plus exigeante. C'est la raison pour laquelle nous avons la conviction qu'il faut laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance. Cette souplesse passe par le fait qu'il ne doit pas y avoir de modèle unique de GHT, notre tour des régions nous a convaincu, s'il en était besoin, de la diversité des territoires. Cela passe aussi par un droit à l'expérimentation dans les modèles retenus. Cela passe enfin par des organisations innovantes en matière de partage des responsabilités (qu'il s'agisse des activités cliniques et médico-techniques ou des activités dites support mutualisées).

Nous retenons de cette année de mission une volonté très forte des responsables hospitaliers de s'engager dans cette dynamique. Tous partagent la conviction que la mise en place d'une stratégie de groupe, dans le secteur hospitalier public, ne peut plus attendre si l'on veut garantir à l'ensemble des usagers un égal accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire national. C'est cette conviction qui nous a animés tout au long de cette mission et que nous ne cessons de porter. Mais tous aussi s'interrogent sur les moyens dont ils disposeront pour créer cette solidarité de groupe.

Pour paraphraser les débats parlementaires, la mise en œuvre des GHT est probablement l'une des réformes les plus restructurantes de la loi de santé même si cela n'a peut-être pas d'emblée été perçu par les élus et par les usagers.

Cependant, les thématiques que sont le projet médical partagé, les équipes médicales de territoire, les systèmes d'information convergents ou encore le département de l'information médicale territorial sont de nature à modifier grandement l'organisation de l'offre de soins publique sur les territoires. Pour que cette mesure produise tous ses effets en matière d'optimisation des parcours des patients, il faut que les responsables hospitaliers communiquent clairement sur la territorialisation de leur offre. Cette pédagogie et l'étroite association des usagers et des élus constituent, à nos yeux, la clé de voûte de la réussite des GHT.

# **1. Des échanges en région qui témoignent d'un avancement des travaux dans les territoires**

Outre la soixantaine d'auditions réalisées en amont de la remise de notre rapport intermédiaire, nous sommes allés à la rencontre des responsables hospitaliers en région. Sur invitation des Directeurs Généraux des ARS, nous nous sommes déplacés dans 12 régions pour échanger avec les présidents de CME, chefs d'établissement et représentants des fédérations hospitalières régionales :

- Pays-de-la-Loire
- Aquitaine / Limousin / Poitou-Charentes
- Bourgogne / Franche-Comté
- Bretagne
- Océan Indien
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Centre
- Languedoc-Roussillon / Midi-Pyrénées
- Normandie
- Corse
- Alsace / Champagne-Ardenne / Lorraine
- Ile-de-France

Nous avons fait le choix de n'effectuer qu'un seul déplacement en outre-mer compte tenu des spécificités des enjeux de territorialité. Au total, seulement deux ARS n'ont pas organisé de rencontre entre la mission et les responsables hospitaliers :

- Auvergne / Rhône-Alpes
- Nord-Pas-de-Calais / Picardie.

Ces déplacements ont été l'occasion de présenter les enjeux du dispositif ainsi que nos préconisations, d'entendre les préoccupations et propositions des acteurs en responsabilité. Ces rencontres ont aussi pu être l'occasion, pour les ARS comme pour les hospitaliers, de définir une méthodologie de travail partagée pour préparer la mise en œuvre des GHT et d'échanger sur les hypothèses de découpage des GHT.

Forts de cette expérience, nous avons pu mesurer combien les travaux sont déjà largement engagés en région, donnant lieu à des découpages prévisionnels très hétérogènes.

## ***1.1. Une dynamique largement engagée dans les régions***

Chaque fois que nous nous sommes déplacés en région, nous avons été accueillis dans des salles et amphithéâtres fournis. Les acteurs de terrain, qu'il s'agisse des Présidents de CME, des chefs d'établissement et, dans certaines

régions, des élus locaux, ont largement répondu présents, se sentant concernés par les GHT et témoignant ainsi de leur volonté d'échanger à ce sujet.

Au terme de toutes les interventions entendues, nous n'avons pas été confrontés à un rejet du dispositif mais au contraire à un partage consensuel sur l'impératif d'accélérer la dynamique de coopération. Par exemple, aucun n'a remis en cause le caractère obligatoire. Nombreux ont été les intervenants à manifester cependant des inquiétudes, en particulier en ce qui concerne les modalités techniques et opérationnelles de mutualisations. De telles interrogations semblent témoigner d'un investissement fort des parties prenantes, se mettant déjà en situation pour identifier toutes les difficultés à surmonter.

Les déplacements ont débuté au mois de décembre 2014 pour s'achever en janvier 2016. Nous avons donc eu l'opportunité de rencontrer des professionnels à différents stades de leurs travaux. Ces travaux et échanges entre établissements ont eu lieu dès les premiers mois de notre mission. Outre le diagnostic territorial et le questionnement sur le découpage, très tôt, les acteurs ont mis en place des groupes de travail locaux pour instruire les enjeux de la désignation de chefs de pôles territoriaux et de l'organisation de pôles inter-établissements, de la convergence des systèmes d'information, de la mise en place d'un département de l'information médicale territorialisé, de la mutualisation de la fonction achat, etc.

Cette mobilisation des professionnels hospitaliers témoigne d'une volonté forte des acteurs, déjà exprimée par leurs représentants à l'occasion des auditions nationales.

Ces déplacements ont également révélé la démarche d'animation engagée par les ARS. Dans la plupart des régions, les ateliers organisés à l'occasion de notre venue n'étaient pas les premiers mais s'inscrivaient dans la continuité d'échanges et travaux déjà amorcés. Bien que toutes les ARS n'aient pas souhaité organiser de rencontre entre la mission et les responsables hospitaliers de leur région, celles qui l'ont fait se sont particulièrement investies pour garantir une participation large des hospitaliers, des modalités d'interaction adaptées, des thématiques personnalisées en fonction des enjeux locaux. Cette force d'animation des ARS, dans un temps où le projet de loi était encore en débat, a certainement été un facteur déterminant dans l'avancement des travaux préparatoires.

L'implication très forte de la FHF, au travers de ses fédérations régionales, explique probablement aussi l'état des réflexions en région. Très souvent associée aux ARS pour l'organisation des rencontres régionales, la FHF est régulièrement intervenue pour formuler des préconisations très opérationnelles et présenter les options envisagées quant aux découpages pressentis.

## **1.2. Une très grande hétérogénéité des découpages territoriaux**

L'avancement important des travaux dans les territoires s'est souvent traduit par la présentation, par la FHF ou par les ARS, à l'occasion de nos déplacements, des différentes hypothèses de découpage pour les GHT à venir. Outre l'instruction

des modalités de fonctionnement des GHT, les discussions sur les découpages se sont donc révélées aussi particulièrement poussées.

Ces échanges, auxquels nous avons donc pu assister, ont révélé une très grande hétérogénéité : hétérogénéité tant entre les différentes régions, qu'au sein d'une même région entre les hypothèses envisagées.

Ainsi, au cours de nos déplacements, les hypothèses présentées et débattues portaient sur des GHT allant de 2 à 13 établissements et couvrant un bassin de population allant de 140.000 habitants à plus d'un million.

Une telle variété s'explique non seulement par la diversité des territoires et de l'offre de soin installée, mais aussi par la compréhension très variable des attendus des GHT. Certains scénarii de convergence entre établissements assez lointains et en nombre important semblent en effet parfois privilégiés afin de couvrir, dans tous les GHT, toutes les activités et tous les degrés de recours. Or, l'ambition des GHT n'est pas d'intégrer dans un même groupement tous les niveaux de prise en charge, de la proximité jusqu'au recours régional voire interrégional. Pour ce faire, des partenariats spécifiques sont prévus entre chaque GHT et un CHU.

Du fait de leurs caractéristiques, certains territoires devraient donner naissance à des GHT entre un centre hospitalier général et quelques hôpitaux de proximité ou ex-hôpitaux locaux. Ces GHT n'intégreront peut-être pas une maternité de niveau 3 par exemple.

Des incompréhensions quant aux attendus des GHT semblent donc orienter les débats vers la constitution de très gros GHT ne reflétant par les parcours des patients pour l'essentiel des prises en charge mais uniquement pour quelques indications de recours.

Mettre en place des GHT de grande taille est pourtant porteur de risques. Le premier risque est de conduire à des groupements n'ayant pas les mêmes responsabilités et identités territoriales car ne prenant pas en charge la même patientèle. L'élaboration du projet médical partagé sera alors un exercice qui ressemblera plus à la somme des projets de chaque établissement qu'à un projet mutualisé de prise en charge d'un bassin de vie. Le deuxième risque est de conduire à des GHT trop lourds à gouverner car rassemblant un trop grand nombre d'établissements. Les mutualisations nécessaires à la mise en œuvre du projet médical partagé n'en seront que plus complexes : la convergence des systèmes d'information, la gestion de l'information médicale, etc. Au total, un périmètre trop large peut engendrer le risque de créer des coquilles vides ou des coopérations très ponctuelles, sur une activité, sans convergence des infrastructures.

A l'inverse, mettre en place de trop petits GHT présente le risque de passer à côté de l'objectif de gradation des soins. Sans intégration d'un recours et en se limitant à une offre de proximité, les GHT ne répondront alors plus à l'objectif d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Les mutualisations en seront également plus difficiles et moins profitables compte tenu, d'une part, du potentiel d'économies d'échelle et, d'autre part, de l'existence d'une expertise confirmée.



Au moment où les contours des GHT sont sur le point d'être définis et arrêtés par les Directeurs Généraux d'ARS sur proposition des établissements de santé, il paraît donc opportun de porter un discours sans ambiguïté, à l'attention des établissements de santé et ARS concernés, quant au périmètre et à la taille à retenir. Cela suppose probablement un rappel des attendus de cette mesure. Cela peut également se traduire dans des instructions précises quant à la méthodologie à retenir pour définir et apprécier les périmètres des futurs GHT.

Nos déplacements en région et les échanges entretenus tout au long de l'année 2015 avec des acteurs du système de santé nous ont aussi permis de préciser le dispositif cible ainsi que les besoins d'assouplissement ou d'encadrement réglementaire.

## 2. Nos 10 orientations pour les décrets d'application

Le rapport intermédiaire présentait les 20 clés de réussite des GHT avec des premières orientations quant à leur traduction en loi et en décret. Nous avons en effet été missionnés pour participer à la conception du dispositif (cf. annexe 1 : lettre de mission). Ce rapport final a pour objectif de présenter nos orientations définitives pour les textes d'application, au vu des auditions et échanges que nous avons pu avoir tout au long de l'année 2015 avec les acteurs hospitaliers. Ces orientations sont destinées à nourrir les travaux de la DGOS, en charge de la rédaction de ces textes et de leur concertation.

### Orientation n°1 : Définir le contenu du projet médical partagé

Véritable ciment du GHT, le projet médical partagé a vocation à être la traduction de la stratégie de groupe pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire. Son contenu ne saurait se limiter à la description de quelques activités. Les décrets d'application ont donc vocation à définir les attendus quant à la structuration et la teneur du projet médical partagé.

Le projet médical partagé, dès lors qu'il est la réponse à la gradation des soins hospitaliers, doit être le reflet d'une **approche par filière** plutôt que par activité. Une filière peut être définie à partir de 3 critères. Chaque filière correspond à :

- un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.)
- pour des indications de prise en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité)
- pouvant porter sur un profil de patients homogène (critères populationnels).

Une fois cette définition posée, on comprend donc qu'il serait vain de définir un référentiel national de filières mais qu'il appartient plutôt à chaque groupement, au vu du diagnostic territorial réalisé, de définir ses propres filières. L'objectif est bien de couvrir l'ensemble de l'activité des établissements de santé, y compris la santé mentale, en ne raisonnant plus structure ou unité de soins, mais plutôt patient et parcours de prise en charge. Nous souhaitons réitérer notre proposition que tous les parcours soient décrits y compris donc, bien sûr, le parcours du patient psychiatrique.

Une fois les filières identifiées, le projet médical partagé doit permettre de **définir la « feuille de route » de chaque établissement, ou plutôt de chaque site**. Il s'agit donc de décrire, pour chaque filière, la responsabilité de chaque site pour chaque niveau de prise en charge :

- les consultations et actes externes ;
- les urgences et soins non programmés ;
- l'hospitalisation de jour ;
- l'hospitalisation conventionnelle ;
- l'hospitalisation à domicile ;

- les soins de suite et réadaptation ;
- les soins de longue durée et prises en charge médico-sociales.

Cela suppose de définir également les implantations des plateaux techniques.

La définition des responsabilités incombant à chaque site, dans une approche filière, suppose que le projet médical partagé soit élaboré à partir d'une **analyse du groupe** et non de la somme des analyses de chaque établissement. Il ne s'agit en effet pas de sommer les projets de chaque établissement. Il ne s'agit pas non plus de produire un diagnostic territorial sur le positionnement de chaque établissement dans le territoire pour adapter à la marge son activité. Il s'agit plutôt de regarder quelle est l'offre qu'assume le groupe sur le territoire, par rapport aux autres acteurs, et de requalifier ensuite la responsabilité de chaque site afin de rendre plus cohérente cette offre de groupe voire développer des parts de marché.

Tous les projets médicaux partagés doivent également contenir un **volet hospitalo-universitaire**. La loi de modernisation de notre système de santé a en effet prévu que chaque GHT soit associé à un CHU pour les missions hospitalo-universitaires. La diffusion de cette valence hospitalo-universitaire dans tous les GHT requiert donc que chaque projet médical partagé traite des activités d'enseignement, de recherche et d'innovation, mais aussi de recours. Ce volet-là du projet médical partagé devra être élaboré en lien avec le CHU auquel chaque GHT est associé.

Comme tout projet médical, **le projet médical partagé doit contenir un volet qualité**. Il s'agit de définir les objectifs du groupement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité requiert de définir quelle est l'articulation entre les différents types de prise en charge, dans une logique de gradation. Cela suppose de définir les moyens mis en œuvre pour garantir une homogénéité des pratiques professionnelles, par la convergence des protocoles de prises en charge et bonnes pratiques, ainsi que des parcours patient garants de soins sécurisés et de qualité.

Le projet médical partagé est le fruit d'une démarche inter-établissement, d'une démarche de groupe. Une grande variété d'acteurs sont appelés à y participer :

- le personnel médical bien entendu, sous la coordination des Présidents de CME ;
- le personnel soignant sous la coordination des Présidents de CSIRMT ;
- les directeurs d'établissements.

Par conséquent, une multitude de modalités de travail peut être envisagée. Il est donc proposé que **les règles d'élaboration des projets médicaux partagés soient définies localement**, dans le cadre du règlement intérieur de chaque GHT.

Une fois ce document stratégique élaboré, **son articulation avec les projets médicaux des établissements partie au GHT** doit être organisée. Comme nous l'annonçons déjà dans le cadre de notre rapport intermédiaire, les décrets d'application doivent prévoir l'articulation entre projets médicaux d'établissement et projet médical partagé. Les projets médicaux d'établissements doivent être au projet médical partagé ce que les projets de pôle sont au projet médical d'établissement.

Dit autrement, le projet médical partagé est bien un projet cadre pouvant trouver une déclinaison dans les projets médicaux d'établissements, et non l'inverse.

Dès lors, le projet médical partagé doit passer par le même processus d'adoption que les projets médicaux des établissements, à savoir :

- concertation des Directoires ;
- avis des CTE, des CSIRMT et des CME ;
- délibération des conseils de surveillance.

Le projet médical partagé fait partie intégrante de la convention constitutive du GHT. Il doit néanmoins avoir une durée de vie inférieure à celle de la convention constitutive, laquelle a vocation à avoir une durée illimitée. Par analogie avec les projets médicaux d'établissement, il est donc proposé de retenir une **durée cible de 5 ans** avec néanmoins autant d'actualisations que nécessaire.

Outre cette définition d'une durée de vie cible, il convient de préciser le calendrier d'élaboration et d'actualisation du projet médical partagé pour sa première itération. La loi de modernisation de notre système de santé dispose que le projet médical partagé est l'une des composantes de la convention constitutive de chaque GHT, laquelle doit être approuvée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016. La même loi dispose également que c'est à partir des projets médicaux que les ARS arrêtent la liste des GHT et des établissements qui les composent. Dans ce cadre, il est donc proposé de prévoir **3 étapes distinctes**, avec des niveaux d'exigence différents :

- Avant juillet : un premier temps préalable à la constitution des GHT au cours duquel les établissements souhaitant converger dans un même GHT transmettent des orientations médicales à l'ARS en vue de la définition du périmètre du GHT ;
- En juillet : un deuxième temps au moment de la transmission de la convention constitutive du GHT comprenant un premier jet du projet médical partagé, lequel doit définir les filières de prise en charge ainsi que les premières orientations pour plusieurs de ces filières
- En janvier 2017 : un troisième temps correspondant à la finalisation projet médical partagé (pour chaque filière, le total des filières couvrant toutes les activités des établissements, les niveaux de prise en charge sont définis par site).

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants de structuration et de contenu du projet médical partagé devraient être précisés dans les décrets :

- Le projet médical partagé est élaboré à partir des filières de prise en charge et des parcours patients ;
- Le projet médical partagé présente les responsabilités de chaque site pour chaque « niveau » de prise en charge (externe, urgence, hospitalisation de jour, hospitalisation conventionnelle, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, prise en charge médico-sociale, plateaux technique, etc.) ;
- Le projet médical décrit des parcours patients au sein du GHT, à savoir le bon patient au bon endroit en fonction du

niveau de plateau technique requis ;

- Le projet médical partagé est élaboré à partir d'une approche de groupe et non d'une approche par établissement ;
- Le projet médical partagé comprend nécessairement un volet hospitalo-universitaire élaboré de concert avec le CHU de sa subdivision auquel il est associé ;
- Le projet médical partagé définit les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les règles d'élaboration du projet médical partagé sont définies localement, dans le cadre du règlement intérieur du GHT ;
- Les projets médicaux d'établissement sont une déclinaison du projet médical partagé ;
- Le projet médical partagé est élaboré pour une durée maximale de 5 ans, avec une actualisation possible autant que nécessaire ;
- Le projet médical partagé est défini, dans sa première version, en trois itérations entre le printemps 2016 et janvier 2017.

## **Orientation n° 2 : Mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux**

La loi de modernisation de notre système de santé a déjà posé les fondements de la gouvernance des GHT en définissant 3 piliers :

- Un établissement support des mutualisations dont le chef d'établissement se voit confier, pour les activités mutualisées, les compétences de chef d'établissement pour le compte de tous les établissements (à savoir : représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile, disposer du pouvoir de nomination et de l'autorité sur les personnels, être l'ordonnateur en dépenses et en recettes) ;
- Un comité stratégique, espace de concertation rassemblant tous les chefs d'établissement, Présidents de CME et Présidents de CSIRMT et chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive et en particulier du projet médical partagé ;
- Un comité territorial des élus locaux chargé d'évaluer les actions engagées par le GHT pour améliorer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Un autre pilier indispensable manque néanmoins. Aux côtés du directeur de l'établissement support, il convient, afin de définir le pilotage stratégique du GHT, d'installer **un leader médical** chargé du pilotage médical du GHT. Il s'agit de reconstituer, à l'échelle du GHT, le binôme directeur – Président de CME qui existe dans les établissements de santé et qui, lorsqu'il est mis en œuvre dans une démarche partenariale et intelligente, est bien la clé d'une gouvernance efficace de l'hôpital. Ce leader médical serait ainsi en charge de la stratégie médicale du groupement, depuis l'organisation des modalités d'élaboration du projet médical partagé, jusqu'à sa mise en œuvre. Ce leader médical pourrait également se voir

investi d'un pouvoir de nomination tout comme ses homologues à l'échelle des établissements. Nous proposons qu'il soit ainsi en charge de proposer des noms pour la désignation des chefs de pôle inter-établissement et des structures internes concernées.

Ce leader médical ne saurait être nommé. Il doit bénéficier d'une légitimité suffisamment robuste pour pouvoir assumer la coordination entre les différents Présidents de CME concernés. C'est la raison pour laquelle nous préconisons de lui conférer une légitimité élective, garante de sa représentativité et garante de son aptitude à fédérer tous les établissements. Nous préconisons donc qu'il soit issu des Présidents de CME des différents établissements constitutifs du GHT ou élu par une commission médicale de groupement.

Outre la mise en place de ce quatrième pilier fondamental de la gouvernance des GHT, les textes d'application ont vocation à **préciser le fonctionnement et la composition du comité stratégique**. Comme pour le raisonnement précédent relatif au leader médical, là encore, nous proposons de transposer les équilibres internes aux établissements afin de ne pas créer d'espaces de déstabilisation des établissements. Plus précisément, nous proposons que le comité stratégique fonctionne comme les Directoires des hôpitaux. Il s'agit donc :

- d'en confier la Présidence au directeur de l'établissement support ;
- d'assurer une représentation majoritaire des médecins ;
- de confirmer un fonctionnement par voie de concertation et de consensus.

Comme il est d'usage dans bien des Directoires, nous proposons de prévoir des compositions élargies en fonction des sujets abordés. Cette composition élargie concernerait en premier lieu les établissements associés à chaque GHT pour tout ou partie du projet médical partagé.

Nous préconisons également de tirer les enseignements des écueils de la loi HPST de juillet 2009 quant à la composition du Directoire pour prévoir une invitation systématique du médecin responsable du DIM. Acteur incontournable du pilotage d'un établissement de santé, nous proposons de repositionner le DIM de territoire dans cette instance d'orientation stratégique. Nos préconisations plus détaillées sur ce nouveau responsable territorial (DIM de GHT) sont présentées page 20 et suivantes.

Nombreux ont été les acteurs auditionnés et rencontrés lors de nos déplacements à appeler de leurs vœux la possibilité de **mettre en place des instances communes**. C'est l'une des possibilités offertes par la loi (article L.6132-2 du code de la santé publique). Nous n'avons pas souhaité rendre la mise en place de ces instances communes contraignante. Conformément à l'objectif de subsidiarité, nos propositions consistaient, lors de notre rapport intermédiaire, à permettre la mise en place de telles instances. Les décrets ont vocation à préciser les modalités. Si la composition et les règles de fonctionnement nous semblent relever du choix des acteurs concernés, les textes d'application doivent compléter le cadre juridique en précisant le circuit de décision quant à l'installation d'une nouvelle instance. Compte tenu de la maturité très variable des coopérations existantes et aux vues de l'hétérogénéité des besoins, il nous paraît indispensable de permettre la mise en place de deux types d'instances :

- des instances dites *ad hoc*, qui viennent s'ajouter aux instances existantes pour exercer des compétences nouvelles ;

- des instances dites *emanatio* qui viennent se substituer totalement ou partiellement aux instances existant dans les établissements : ces instances bénéficient d'une délégation de compétences de la part des instances des établissements, ce qui suppose donc une délibération de celles-ci à leur profit.

Les deux options doivent être permises afin de permettre une gouvernance intégrée, notamment en cas de direction commune et d'expérience aboutie de CHT.

Nous préconisons de permettre la mise en place de telles instances particulièrement pour les instances directement concernées par le projet médical partagé (CME, CSIRMT) et leurs sous-commissions.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants d'organisation de la gouvernance des GHT devraient être précisés dans les décrets :

- Un leader médical élu par ses pairs est chargé de coordonner la stratégie médicale du GHT et de participer à la nomination des responsables médicaux du GHT (chefs de pôle inter-établissement notamment) ;
- Le comité stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support ;
- Le DIM est invité au comité stratégique ;
- Le comité stratégique peut fonctionner en configuration élargie, en associant notamment les établissements partenaires et associés du GHT ;
- Le comité stratégique fonctionne par concertation ;
- Le comité stratégique est majoritairement composé de médecins ;
- Des instances nouvelles peuvent être mises en place ;
- Des instances communes bénéficiant d'une délégation de compétences des instances des établissements peuvent être mises en place.

### **Orientation n°3 : Expliciter le processus de création d'un GHT**

Le calendrier de mise en œuvre des GHT est ambitieux comme nous le préconisons dans notre rapport intermédiaire (cf. 20<sup>ème</sup> condition de réussite). Cette ambition a probablement contribué à la remarquable dynamique de mobilisation initiée dans les territoires, comme nous avons pu le constater lors de nos déplacements. Ce calendrier a évolué dans le cadre du débat parlementaire mais reste exigeant puisque les GHT devront être mis en place avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016. A cette date, le périmètre des GHT devra avoir été arrêté par les ARS et les conventions constitutives devront avoir été soumises à approbation des mêmes ARS. En ce qui concerne l'élaboration du projet médical partagé, cet impératif doit être apprécié comme un jalon d'un processus progressif (cf. page 10 et suivantes du présent rapport).

Au total, à l'issue des différentes modifications apportées par la représentation nationale lors de l'adoption de la loi, plusieurs étapes peuvent être identifiées quant à la mise en place des GHT au 1<sup>er</sup> juillet :

- La définition de la liste et du périmètre de chaque GHT, à partir des propositions des établissements sur le projet médical (I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique) ;
- La décision des conseils de surveillance quant à la participation de chaque établissement à un GHT (article L. 6143-1 du code de la santé publique) ;
- La désignation de l'établissement support par les deux tiers de tous les conseils de surveillance concernés (a du 5<sup>o</sup> du II de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique) ;
- L'adoption de la convention constitutive (II de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique).

La lecture croisée de ces 4 étapes, du calendrier fixant une échéance au 1<sup>er</sup> juillet et des compétences de chaque instance déjà définies au niveau législatif suggère le processus suivant d'approbation de la convention constitutive, que nous préconisons d'explicitier dans le cadre des textes d'application :

1. Concertation du Directoire
2. Avis des CHSCT le cas échéant
3. Avis des CTE
4. Avis des CSIRMT
5. Avis des CME
6. Avis des conseils de surveillance sur la participation au GHT, délibération sur la désignation de l'établissement support, information sur le contenu de la convention constitutive (fin juin).

### **Nos préconisations pour les textes d'application**

Les décrets d'application devraient expliciter :

- Le circuit d'approbation du projet médical partagé d'une part, et de la convention constitutive dans son ensemble d'autre part ;
- L'articulation entre, d'une part, le calendrier de définition du périmètre des GHT par les ARS sur proposition des établissements, et, d'autre part le calendrier d'approbation de la convention constitutive avec avis obligatoire des instances des établissements.

## **Orientation n°4 : Faciliter l'organisation en commun des activités médico-techniques**

Comme nous le préconisons dans notre rapport intermédiaire (9<sup>ème</sup> condition de réussite), les parlementaires ont retenu le principe de l'obligation d'organisation commune des activités médico-techniques. Cette obligation porte sur les activités de biologie médicale et d'imagerie diagnostique et interventionnelle (III de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique).



Le régime des **pharmacies à usage intérieur** (PUI) ayant vocation à être réformé par voie d'ordonnance conformément à l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé, nous proposons que ces activités fassent également l'objet d'une organisation commune dans la cadre des GHT.

Pour ce faire, il paraît indispensable de :

- Ne pas systématiser la mise en place d'une PUI unique mais plutôt de désigner une PUI de territoire, surtout lorsque quelques unes des missions des PUI doivent être mutualisées ;
- Ne pas nécessiter le recours à une tierce personne morale pour mettre en place une PUI commune.

De telles évolutions sont en effet de nature à faciliter la mutualisation de fonctions de back office des PUI (approvisionnement notamment) afin de concentrer les pharmaciens sur les activités de pharmacie clinique.

En ce qui concerne **la biologie**, nous préconisons la possibilité de mettre en place un laboratoire commun sans nécessiter le recours à une tierce personne morale (GCS à l'heure actuelle). Bien qu'il ne soit pas recommandé de systématiser la convergence dans le cadre d'un laboratoire commun dès lors que l'activité dépasse un certain volume, il faut néanmoins le permettre pour tous les autres cas de figure.

Pour ce qui est des **activités d'imagerie**, les améliorations attendues des GHT sont doubles :

- Permettre la mise en commun des équipements et donc des plateaux techniques, en cohérence avec l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- Organiser la mutualisation de l'expertise médicale grâce à l'interprétation à distance, dans le cadre de la télémédecine.

Dit autrement, il s'agit donc, d'une part, de regrouper les équipements et les équipes paramédicales concernées, et, d'autre part, de partager à distance cette ressource rare qu'est la compétence du médecin radiologue public.

Cela suppose donc une responsabilité médicale commune, qui peut se traduire par la mise en place d'un pôle inter-établissement.

Cette optimisation de l'organisation de l'imagerie hospitalière publique est actuellement une priorité aux vues de l'état de la démographie médicale de cette discipline :

- La radiologie est, après l'oncologie, la spécialité médicale qui présente le taux de vacance des emplois statutaires le plus élevé (40,9% au 1/01/2015 contre 25,7% en moyenne pour l'ensemble des spécialités médicales) ;
- Ce taux a par ailleurs progressé de 4 points entre le 1/01/2010 et le 1/01/2015 ;
- 1500 départs à la retraite sont prévus dans les 10 prochaines années.

Or, si les effectifs de médecins de la spécialité radiodiagnostic et imagerie médicale ont augmenté de 8,7% au cours de 6 dernières années, celui des PH temps plein est resté très stable (1.184 au 1/01/2015 vs 1.197 au 1/001/2010). Cette augmentation

des effectifs s'est donc faite au bénéfice du secteur privé, la part des salariés hospitaliers étant passée de 29% à 24% sur la même période<sup>1</sup>.

Cela n'est bien évidemment pas incompatible avec des coopérations public-privé en imagerie. La même loi de santé facilite d'ailleurs ces convergences par une rénovation du dispositif des plateaux mutualisés d'imagerie médicale (article 113). Néanmoins, la mise en place de coopérations mixtes doit rester secondaire, une fois les efforts d'optimisation dans le secteur public effectués, au sein des GHT. Cela fait partie des précisions apportées par la loi de santé sur ces plateaux publics-privés (4<sup>ème</sup> alinéa du nouvel article L.6122-15 du code de la santé publique).

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants d'organisation des activités médico-techniques devraient être précisés par ordonnance et par décrets :

- Des sous-traitances entre PUI peuvent être organisées ;
- La PUI de l'établissement support peut être la PUI commune d'un GHT ;
- Le laboratoire de biologie médicale d'un établissement peut être le laboratoire commun d'un GHT ;
- L'organisation commune d'imagerie est mise en place par un pôle inter-établissement.

## ***Orientation n°5 : Transposer aux pôles inter-établissements le régime existant des pôles***

Le pôle inter-établissement est l'outil privilégié pour organiser en commun des activités en ce qu'il met en place une responsabilité médicale de territoire, habilitée à définir les modalités de structuration des activités et concernant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux.

Le cadre juridique du pôle inter-établissement nécessite d'être créé, par transposition au cadre défini pour les pôles internes à un établissement.

Bien qu'associant des professionnels de différents établissements, le pôle inter-établissement doit être supporté par l'établissement support. Ce portage est notamment nécessaire pour définir les modalités de **désignation du chef de pôle**. Cela ne signifie pas que le chef de pôle ne peut être qu'un praticien de l'établissement support. Au contraire, tous les médecins exerçant dans l'un des établissements du GHT sont légitimes pour endosser cette responsabilité. Ce portage induit plutôt que le chef de pôle inter-établissement est désigné par le directeur de l'établissement support comme la loi le prévoit déjà, sur proposition du leader médical de GHT, et, en cas de participation d'un CHU au GHT, sur proposition

---

<sup>1</sup> Données DREES (données 2009 extraites du rapport du CNG [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/STATISTIQUESS\\_Radiologues\\_JANV\\_2010.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/STATISTIQUESS_Radiologues_JANV_2010.pdf) et données 2015 extraites du site de la DREES <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>)

du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. Il appartiendra néanmoins au leader médical de concerter ses collègues Présidents de CME afin que sa proposition soit le reflet de la volonté de l'ensemble des établissements concernés.

Quoique porté par l'établissement support, le pôle inter-établissement concerne l'ensemble des établissements. A ce titre, le chef du pôle inter-établissement met en œuvre les décisions et la stratégie institutionnelle de tous. C'est la raison pour laquelle, nous préconisons que **le chef de pôle ou son représentant soit membre de droit de toutes les CME** et, lorsqu'elle est créée puisque cela reste facultatif, de la commission médicale de groupement. Compte tenu du nombre variable d'établissements partie à un même GHT, il faut bien prévoir que le chef de pôle puisse se faire représenter dans chacune des CME afin de se prémunir contre le risque d'en faire un acteur consacrant l'essentiel de son temps à la participation aux instances.

Pour mettre en œuvre sa mission, nous recommandons de confier au chef de pôle inter-établissement les mêmes moyens qu'au chef de pôle. Cela signifie qu'il bénéficie donc de **l'autorité fonctionnelle sur les professionnels du pôle**, quel que soit l'établissement employeur de ces professionnels. A ce titre, il doit pouvoir organiser l'activité des professionnels en affectant les ressources afin de mettre en œuvre la stratégie médicale du GHT. Sa responsabilité à l'égard des personnels doit également comprendre une mission d'organisation de la concertation interne.

Outre l'autorité qui lui est confiée à l'égard des personnels, le chef de pôle inter-établissement doit pouvoir bénéficier de **collaborateurs, d'une délégation de gestion et de l'affectation de moyens au pôle**. Nous recommandons là encore, de transposer les modalités existantes au sein des établissements, à savoir organiser la signature d'un **contrat de pôle** avec le directeur de l'établissement support et le leader médical du GHT. Par ce contrat, le directeur de l'établissement agit pour le compte de chaque établissement et peut donc organiser une délégation de gestion et l'affectation de moyens ne relevant pas du seul établissement support. Préalablement à la conclusion de ce contrat, les éléments doivent en avoir été présentés au comité stratégique. Sur la base du contrat signé, nous recommandons que le chef de pôle inter-établissements élabore, à l'instar de ses homologues, un projet de pôle qui définit la déclinaison des objectifs et moyens du pôle pour chaque structure interne du pôle.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants de fonctionnement des pôles inter-établissements devraient être précisés par décret :

- Le chef de pôle inter-établissement est nommé par le directeur de l'établissement support sur proposition du leader médical du GHT ;
- Le chef de pôle inter-établissement ou son représentant participe à chacune des CME des établissements du GHT et à la commission médicale de groupement lorsqu'elle existe ;
- Le chef de pôle inter-établissement a l'autorité fonctionnelle sur les équipes du pôle, quel que soit l'établissement qui est

leur employeur ;

- Le chef de pôle inter-établissement signe un contrat de pôle avec le directeur de l'établissement support et le leader médical du GHT : ce contrat organise notamment la délégation de gestion et l'affectation des moyens au pôle, pour le compte de chaque établissement concerné ;
- Le chef du pôle inter-établissement élabore un projet de pôle qui décline, pour chaque structure interne, le contrat de pôle.

## ***Orientation n°6 : Conforter le positionnement institutionnel et les missions du médecin responsable du DIM de GHT***

Une fois posé le principe de mise en place d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire par la loi, il convient de définir ses missions et modalités d'organisation dans les textes d'application.

Ce DIM vient bien se substituer aux DIM existants dans les établissements du GHT. Il ne s'agit pas d'une simple coordination entre des DIM qui garderaient leurs missions. La loi de modernisation de notre système de santé dispose ainsi que c'est bien le médecin responsable du DIM du GHT qui reçoit les données médicales nominatives produites par chaque praticien.

Néanmoins, les missions d'un DIM vont au-delà du maniement de ces données à des fins de valorisation ou d'analyse. C'est la raison pour laquelle nous proposons, en concertation avec les acteurs concernés, d'utiliser les textes d'application pour **préciser les missions d'un DIM** et par là même, du DIM de GHT. Ces missions sont au nombre de 4 :

- Organiser de la production homogène (de la saisie, au contrôle et à la transmission) au sein du GHT des données médicales, en lien étroit avec la chaîne de facturation ;
- Réaliser l'analyse médicale de l'activité du groupement afin, d'une part, de participer à l'analyse et l'expertise stratégique et médico-économique du GHT, et, d'autre part, d'évaluer les pratiques au sein du GHT pour accompagner la démarche qualité ;
- Participer à la mise en œuvre de la politique de confidentialité, la politique de sécurité et la gestion des archives médicales ; à ce titre, le DIM doit largement participer, en étroite collaboration avec la direction des systèmes d'information, à la définition du schéma directeur des systèmes d'information ;
- Contribuer à la valorisation des données dans une optique de mobilisation « Big data » au service de travaux de recherche clinique, épidémiologique, information de santé et médico-économique.

Les textes d'application du GHT permettraient ainsi d'ouvrir la voie à la définition d'un référentiel métier du DIM, en lien avec un repositionnement de ce médecin au sein de nos hôpitaux.

Les textes d'application ont également vocation à définir **les modalités de désignation du médecin responsable du DIM** ainsi que son positionnement institutionnel. Nous proposons qu'il soit nommé par le directeur de l'établissement

support, sur proposition du leader médical du GHT. Par transposition des dispositions existant jusque là pour les DIM d'établissement, nous recommandons également de recueillir l'avis de chaque CME et de la commission médicale du groupement lorsqu'elle existe.

Le médecin responsable du DIM agit pour le compte de tous les établissements. C'est la raison pour laquelle nous préconisons qu'il soit **représenté au sein de chacune des CME et au sein de la commission médicale de groupement** lorsqu'elle existe. Comme pour le chef de pôle inter-établissement, il ne doit pas s'agir systématiquement du médecin responsable du DIM mais d'un médecin désigné par lui afin d'éviter qu'une même personne ait à consacrer un temps important à la participation aux instances.

Compte tenu de ses missions relatives à l'analyse stratégique du GHT, nous recommandons également que le médecin responsable du DIM du GHT **participe au comité stratégique du groupement**.

Le médecin responsable du DIM est en charge de l'organisation du département qui regroupe l'ensemble des DIM des établissements. A ce titre, il doit disposer de **l'autorité fonctionnelle** sur l'ensemble des personnels du département et pouvoir organiser l'affectation des ressources.

Les modalités de nomination et les prérogatives du médecin responsable du DIM rejoignent assez fortement celles d'un chef de pôle inter-établissement. **Organiser le DIM en pôle inter-établissement** est probablement l'une des orientations les plus adaptées pour faciliter la mise en place de ce DIM de territoire.

Comme pour l'ensemble des activités mutualisées (cf. infra : orientation n°10), nous recommandons également que l'ensemble des charges relatives au DIM soient imputées sur un **budget annexe** de l'établissement support, dont les produits correspondraient à une participation de chaque établissement conformément à une clé de répartition définie nationalement.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants d'organisation et de fonctionnement du DIM devraient être précisés par décret :

- Les missions du DIM de GHT se substituent aux missions des DIM d'établissement et sont définies ;
- Le médecin responsable du DIM est nommé par le directeur de l'établissement support sur proposition du leader médical du GHT, après avis des CME et de la commission médicale de groupement lorsqu'elle existe ;
- Le médecin responsable du DIM ou son représentant participe aux CME, commission médicale de groupement lorsqu'elle existe et comité stratégique du GHT ;
- Le médecin responsable du DIM dispose de l'autorité fonctionnelle sur les équipes du DIM, quel que soit l'établissement employeur des personnels.

## **Orientation n°7 : Organiser la convergence des systèmes d'information**

Autre élément structurant du GHT, la loi dispose qu'un système d'information convergent est mis en place au sein du GHT.

Nombreux ont été les professionnels hospitaliers à s'inquiéter de l'impact d'une telle disposition sur les finances des établissements et la mobilisation des professionnels médicaux et soignants. Or, la sémantique *in fine* retenue dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé indique bien qu'il s'agit d'organiser la convergence et non d'opérer une opération « Big Bang » des systèmes d'information. Cela signifie qu'il ne sera plus possible, à l'occasion des opérations de renouvellement des briques applicatives de chaque établissement, de procéder à des choix divergents par rapport aux établissements participant au même GHT. Il n'est donc nullement question de lancer un grand plan Marshall de refonte des systèmes d'information hospitaliers mais plutôt de prendre date pour organiser, aux dates prévues de réinvestissement, des choix cohérents et convergents vers des logiciels identiques pour chaque brique applicative.

Les textes d'application ont ainsi vocation à préciser cette cible en précisant qu'il s'agit bien d'avoir des **logiciels identiques à terme**, par brique fonctionnelle, et non d'ajouter une brique supplémentaire d'interopérabilité. En effet, nous l'évoquions déjà dans notre rapport intermédiaire (10<sup>ème</sup> condition de réussite), il ne s'agit pas seulement de permettre un échange et un partage de données mais bien d'uniformiser les outils de travail des professionnels médicaux appelés à exercer sur plusieurs sites, dans plusieurs entités juridiques.

Les textes d'application doivent aussi permettre de clarifier qu'il s'agit d'un objectif à terme en **organisant un calendrier progressif de convergence**. La première étape de la convergence est l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information unique et partagé. Nous préconisons que ce schéma directeur, établi après un état des lieux exigeant des systèmes d'information (les périmètres fonctionnels, la durée des engagements, etc.), soit finalisé dans les 2 ans, soit avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018. En fonction des durées des engagements de chaque établissement, la convergence effective pourra avoir lieu immédiatement ou dans un délai de 5 ans à compter de la promulgation de la loi. Cinq années est effectivement la durée de référence pour l'amortissement des systèmes d'information. Il paraît donc raisonnable de prévoir une convergence effective des systèmes d'information pour le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Nous recommandons également que les décrets prévoient la mise en place d'un **identifiant patient unique au sein du GHT**. A l'heure actuelle, chaque entité juridique génère son propre identifiant permanent du patient. Cela complexifie d'autant plus l'échange et le partage d'informations. Or, le chaînage des données relatives à un même patient est bien une condition *sine qua non* pour l'organisation de réels parcours de prise en charge au sein du GHT. Cela fait d'ailleurs fortement écho à la mise en place d'un DIM unique, chargé d'analyser les données. Cela induit

donc d'organiser la politique d'identito-vigilance à l'échelle du GHT et de procéder, progressivement, à la reprise des identités et à leur fusion.

Pour organiser cette convergence des systèmes d'information, il paraît nécessaire de mettre en place une gouvernance de groupe. Nous recommandons donc que les décrets précisent que la gestion des systèmes d'information est confiée à un responsable unique désigné par le directeur de l'établissement support et placé sous sa responsabilité. L'une des premières étapes de la convergence des systèmes d'information consistera donc en l'organisation de cette **direction des systèmes d'information unique**. Ce directeur des systèmes d'information doit, là encore, disposer d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels en charge des systèmes d'information, quel que soit l'établissement qui les emploie.

La direction des systèmes d'information du groupement ne doit pouvoir se concentrer sur la définition de la stratégie de groupe et le suivi de sa mise en œuvre. Il ne s'agit pas d'internaliser l'ensemble des fonctions techniques. A ce titre, nous recommandons de **ne pas prévoir de dérogation aux règles d'hébergement** des données de santé. Cela doit permettre de massifier l'organisation de cet hébergement, chez des entités externalisées dont le métier est bien la mise en œuvre de ces normes techniques.

Là encore, comme pour l'ensemble des activités mutualisées (cf. infra : orientation n°10), nous recommandons que l'ensemble des charges relatives à la gestion des systèmes d'information soient imputées sur un **budget annexe** de l'établissement support, dont les produits correspondraient à une participation de chaque établissement conformément à une clé de répartition définie nationalement.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants relatifs aux systèmes d'information devraient être précisés par décret :

- Le système d'information est composé, à terme, de logiciels identiques entre chaque établissement pour une même brique applicative ;
- Le calendrier de convergence est progressif avec un premier jalon au 1<sup>er</sup> janvier 2017 correspondant à la mise en place d'une seule direction des systèmes d'information, un deuxième jalon au 1<sup>er</sup> janvier 2018 correspondant à l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information commun, et un dernier jalon au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour la mise en œuvre effective de la convergence ;
- Un identifiant patient unique est mis en place au sein du GHT, conduisant à la mutualisation de la politique d'identito-vigilance ;
- L'hébergement des données de santé n'a pas vocation à être effectué par l'établissement support mais reste soumis aux exigences de droit commun, avec une préférence pour l'externalisation.

## **Orientation n°8 : Englober, dans la mise en place de la fonction achat, l'ensemble de la chaîne achat pour tous les segments d'achat**

L'établissement support est en charge de la gestion de la fonction achat pour le compte des autres. Or, la fonction achat n'est pas une notion qui existe dans le cadre juridique en vigueur. Afin d'éviter toute confusion, nous préconisons de profiter des décrets d'application pour **préciser le périmètre** englobé. Nous proposons, conformément à l'esprit de notre rapport intermédiaire (12<sup>ème</sup> condition de réussite), que cette notion englobe **l'intégralité de la chaîne d'achat** :

- Tant en termes de missions : depuis la définition d'une stratégie d'achat, jusqu'aux approvisionnements, en passant par la passation des marchés et le suivi de leur mise en œuvre ;
- Qu'en termes de segments d'achat : l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement.

Une approche aussi intégrée répond à la double exigence :

- De professionnalisation de la fonction achat afin d'optimiser le dialogue prescripteur / utilisateur ;
- De permettre une homogénéisation du parc d'équipement et donc des outils de travail des professionnels médicaux notamment afin de faciliter leur mobilité.

Couvrir l'ensemble des segments d'achats pour toutes les missions de la chaîne d'achat ne signifie pas que le GHT en est nécessairement l'effecteur. A ce sujet, la mise en place d'une fonction achat dans chaque GHT s'inscrit pleinement dans le cadre du programme PHARE initié par le Ministère. Dit autrement, si le GHT définit bien sa stratégie achat, cela ne veut pas dire qu'il exécute tous les marchés. Les opérateurs nationaux restent compétents pour le compte des GHT, de même que les opérateurs régionaux.

Comme pour les systèmes d'information, cette large mutualisation nécessite la mise en place d'une gouvernance de groupe. Nous préconisons donc que les décrets d'application confient la gestion de la fonction achat à **un seul responsable**, place sous la responsabilité du directeur de l'établissement support, et bénéficiant d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels concernés, quel que soit l'établissement qui les emploie. Ceci ne signifie pas un regroupement physique de toutes les équipes, le responsable répartit en concertation avec les établissements les responsabilités.

Toujours comme pour les systèmes d'information, un objectif aussi ambitieux suppose que le **calendrier de mise en œuvre soit progressif**. La première étape consiste donc en la structuration d'une seule direction des achats et approvisionnements ainsi que l'élaboration d'un plan d'actions achat. Là encore, cela passe par un diagnostic exigeant des organisations et des engagements en cours (recensement et comparaison des marchés). Nous proposons de retenir l'échéance



du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Seulement à compter de cette date, la convergence des marchés et la mutualisation des activités d'approvisionnement pourra être initiée.

Pour ce qui concerne la mise en œuvre des marchés, l'option la plus efficiente et ayant déjà fait ses preuves consiste plutôt à privilégier la formule du groupement de commande. Nous proposons donc que le **GHT soit systématiquement érigé en groupement de commande**.

Comme pour l'ensemble des activités mutualisées (cf. infra : orientation n°10), nous recommandons que l'ensemble des charges relatives à la fonction achat (les équipes à titre principal) soient imputées sur un **budget annexe** de l'établissement support, dont les produits correspondraient à une participation de chaque établissement conformément à une clé de répartition définie nationalement.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les éléments suivants relatifs à la fonction achat devraient être précisés par décret :

- La fonction achat concerne les 4 missions de la chaîne achat : élaboration de la stratégie achat, production opérationnelle des marchés, suivi et mise en œuvre des marchés, gestion des approvisionnements ;
- La fonction achat concerne tous les segments d'achat qui restent mis en œuvre conformément aux orientations du programme PHARE ;
- Le calendrier de convergence est progressif avec un premier jalon au 1<sup>er</sup> janvier 2017 correspondant à la mise en place d'une seule responsable des achats et à l'élaboration d'un plan d'actions achat commun ;
- Un groupement de commande est automatiquement constitué dans chaque GHT.

### ***Orientation n°9 : Fixer une échéance à 2020 pour la mise en place d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe par la HAS***

Comme nous le préconisons dans notre rapport intermédiaire (16<sup>ème</sup> condition de réussite), le législateur a retenu le principe d'une certification conjointe par la HAS. Le résultat de cette certification conjointe est bien la mesure des efforts de convergence engagés en matière de mise en œuvre du projet médical partagé et, plus précisément, d'homogénéisation des pratiques de prise en charge.

Cette certification conjointe prend tout son sens dès lors que le projet médical partagé a été élaboré et que sa mise en œuvre est engagée. C'est la raison pour laquelle nous préconisons de systématiser cette certification conjointe à partir de la prochaine génération de certification. Cela laisse le temps aux établissements d'harmoniser leurs protocoles et de coordonner leurs calendriers de certification.

Nous proposons donc que les textes d'application précisent ce calendrier en définissant comme échéance la date de 2020 pour la mise en place d'un **compte qualité unique**.

### Nos préconisations pour les textes d'application

Les décrets d'application devraient préciser que la première étape en vue de la certification conjointe est la mise en place d'un compte qualité unique dès 2020 entre les établissements d'un même GHT.

## ***Orientation n°10 : Introduire des modalités de solidarité budgétaire et de trésorerie***

Comme nous l'évoquions déjà dans notre rapport intermédiaire (14<sup>ème</sup> condition de réussite), mettre en place une solidarité budgétaire et de trésorerie est l'une des conditions de réussite pour instaurer une stratégie de groupe. En l'état actuel du mode de financement des établissements de santé, les hôpitaux ont plutôt intérêt à maintenir des activités, parfois redondantes, car leur santé financière dépend directement de l'activité réalisée dans chaque structure.

La stratégie de groupe dépend donc directement de la mise en place de mécanismes budgétaires et comptables permettant de créer une solidarité entre les établissements. Cela comprend 3 éléments :

- La définition de règles de comptabilisation des charges et produits relatifs aux activités mutualisées ;
- La définition de mécanismes de supervision financière à l'échelle du groupe ;
- La mise en place de mouvements de disponibilités permettant une solidarité de trésorerie.

Par décision du 21 janvier 2016 (décision 2015-727 DC), le Conseil Constitutionnel a censuré, pour erreur matérielle et sans se prononcer au fond, l'habilitation prévue dans l'article 107 pour légiférer par voie d'ordonnance au sujet des règles budgétaires et comptables des GHT. Bien évidemment, nous ne pouvons que déplorer cette irrégularité et la censure à laquelle cela a pu conduire. Cette censure limite essentiellement l'instauration d'un dispositif de solidarité de trésorerie. En effet, les mesures tenant à la comptabilisation des opérations mutualisées et aux mécanismes de supervision financière relèvent de dispositions réglementaires.

Au plan financier nous faisons 3 préconisations :

**1- La mise en place d'un budget annexe** dans la comptabilité de l'établissement support. Ce budget annexe permettrait donc la comptabilisation des opérations d'exploitation gérées par le GHT. Le budget annexe présente en effet l'intérêt d'être simple d'utilisation, lisible pour tous (procédure budgétaire « classique », tableau des effectifs, concertation avec le directoire, etc.) et plus fiable qu'une simple comptabilité analytique interne. Ce budget annexe serait constitué :

- Pour les charges : de l'ensemble des charges d'exploitation (personnel, achats, dépenses courantes) correspondant au périmètre des fonctions mutualisées.

Par exemple : les équipes du DIM de tous les établissements, les équipes en charges des systèmes d'information, les équipements informatiques communs, la cellule achat du GHT, etc.

A contrario, les emplois médicaux constituant une équipe médicale de territoire ne seraient pas mis à disposition de l'établissement support et imputés sur ce budget annexe afin de rester imputés sur le budget de l'établissement qui encaissera les recettes d'activité.

De même, pour les achats, les consommations de chaque établissement demeureraient comptabilisées directement sur l'établissement demandeur.
- Pour les produits : de l'ensemble des recettes versées par les établissements du GHT. La contribution de chacun serait calculée au moyen d'une clé non négociée, définie par voie règlementaire. Cette clé serait composée de 4 indicateurs (à coefficient équivalent) : les produits d'exploitation, le poids du bilan, les effectifs et le nombre de séjours et/ou le nombre de journées.

Le principe est celui d'un budget équilibré totalement reventilé entre les établissements du GHT.

Un tel dispositif contraint, de comptabilisation des produits et des participations de chaque établissement, paraîtra probablement imparfait. Il nous semble néanmoins indispensable que cette clé de répartition ne fasse pas l'objet de négociations interminables au sein de chaque GHT entre les établissements consommateurs et les établissements fournisseurs de prestations. L'incapacité à se mettre d'accord sur le modèle économique a trop souvent été la raison d'un avortement de projets de coopération pourtant légitimes quant à l'organisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, la solidarité financière affichée entre les établissements relativise l'imprécision des modalités d'affectation des charges. Elle évite aussi les multiples refacturations entre établissements, ce qui serait facteur de surcoûts. Ce mécanisme présente aussi l'intérêt pour tous les établissements de réduire le coût des fonctions portées conjointement.

Pour les fonctions gérées en commun : imagerie et biologie, la préconisation que nous faisons à ce stade est de faire supporter à chaque établissement les charges et les produits qu'il génère.

Ce schéma, qui permet une révision chaque année de la capacité contributive de chacun au regard de l'évolution des indicateurs retenus et une transparence sur le contenu des prestations associées à la contribution, est compatible avec la certification des comptes. Des échanges avec les commissaires aux comptes nous l'ont confirmé pendant la durée de nos travaux.

Il est préférable, dans un premier temps et par simplification, que ce budget annexe ne bénéficie pas directement de produits d'activité T2A, ses seules ressources étant les contributions de ses membres en fonction de la clé de répartition retenue.

Pour les investissements liés aux activités mutualisées et qui ne seraient pas divisibles, c'est l'établissement support qui porterait l'acquisition. L'opération serait financée par l'ensemble des établissements partie au GHT sur la base d'une contribution de chacun, qui pourrait reposer, soit sur la même clé de répartition que pour les charges d'exploitation, soit sur une autre clé librement négociée en fonction de l'investissement réalisé.

**2- Une supervision financière :** l'article 107 de la loi dispose bien que l'ARS doit prendre en compte l'ensemble des EPRD des établissements partie à un même GHT pour apprécier l'EPRD de chaque établissement. Cela implique donc une élaboration conjointe des EPRD. Nous proposons donc que le décret prévoie les modalités de cette élaboration et appréciation conjointe. Cela passe nécessairement par le comité stratégique du groupement, lequel constitue l'espace de concertation de référence. Le comité stratégique pourrait donc rendre un avis préalable et complémentaire à la concertation requise au sein de chaque Directoire, libre choix à l'ARS de suivre cet avis. Les EPRD et PGFP des établissements partie pourraient également faire l'objet d'une transmission conjointe.

**3- Une solidarité de trésorerie :** compte-tenu de la décision du Conseil Constitutionnel de censurer cette mesure pour une erreur matérielle, nous préconisons de prévoir d'ores et déjà de réintroduire cette habilitation censurée ou bien directement les dispositions législatives, à l'occasion d'un autre vecteur prévu en 2016. Les travaux conduits par des groupes techniques ayant associé les services de Bercy, de la santé et des responsables hospitaliers, ont permis d'aboutir à des modélisations innovantes. Elles pourraient être portées par la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques par exemple.

Dans le schéma envisagé, tous les établissements conserveraient un compte au Trésor. La solidarité financière pourrait se traduire par un mécanisme de solidarité de trésorerie, à l'instar des méthodes de « cash pooling » mises en place dans les groupes privés. Le scénario étudié en lien avec les services de la DGFIP consisterait à organiser des mouvements hebdomadaires entre les comptes 515 de chaque établissement partie et l'établissement support.

Sur le plan opérationnel, ce schéma suppose notamment une compétence mutualisée sur le pilotage prévisionnel de trésorerie (harmonisation des méthodes de construction et de suivi des plans prévisionnels de trésorerie) et des opérations liées (notamment tirage de ligne de trésorerie, levée d'emprunt, etc.). Cette solidarité a pour but de réduire le coût des lignes de trésorerie en utilisant, au profit de tous, les excédents de trésorerie. Il va de soi, que chaque établissement supportera pour autant le coût de ses emprunts.

### **Nos préconisations pour les textes d'application**

Nous préconisons avant tout de prévoir un nouveau vecteur législatif pour introduire les évolutions relatives au mécanisme de solidarité de trésorerie qui s'appuie sur :

- Une mutualisation des trésoreriers selon le modèle du

- cash pooling ;
- Une professionnalisation de la fonction de gestion de la dette et de la trésorerie.

Les éléments suivants relatifs aux règles budgétaires et comptables devraient être précisés par décret :

- Un budget annexe est créé dans chaque établissement support pour comptabiliser les charges mutualisées (cela ne comprenant pas les consommations de chaque établissement bien que la fonction achat soit mutualisée) ;
- Ce budget annexe est alimenté par un produit correspondant à la participation de chaque établissement aux charges. La clé de répartition est définie par voie d'arrêté et constitue un indicateur composite de 4 éléments : les produits, le poids du bilan, les effectifs, l'activité ;
- Le comité stratégique du GHT se prononce sur les EPRD et PGFP de chaque établissement en amont de leur transmission à l'ARS ;
- Les EPRD et PGFP de tous les établissements partie à un même GHT sont transmis conjointement à l'ARS.

### 3. Nos 3 orientations pour le modèle de financement d'une activité territorialisée grâce au recours à la télémédecine

Nous ne formulerons pas dans ce rapport définitif de préconisations quant au modèle de la tarification à l'activité (T2A) dans la mesure où cela n'était pas l'objet de notre mission.

Nous souhaitons néanmoins profiter de ce rapport pour évoquer les enjeux de **rémunération des activités de télémédecine**. En effet, il n'y a pas eu un seul déplacement en région sans que nous ayons été interpellés sur les enjeux de la télémédecine. Les professionnels hospitaliers ont bien raison de s'inquiéter des conditions de développement de cette pratique de la médecine à distance. Comment penser la territorialité sans utiliser autant que possible les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour optimiser le temps de travail médical et réduire le temps passé inutilement dans les transports (qu'il s'agisse des médecins ou des patients) ?

La télémédecine a vocation à faciliter la gradation des soins à trois titres :

- En permettant de réaliser à distance les consultations avancées (actes de téléconsultation<sup>2</sup>) pour faciliter l'accès aux spécialités et l'organisation des parcours inter-hospitaliers ;
- En permettant de rendre des avis à distance (téléexpertise<sup>3</sup>), en particulier pour organiser la mutualisation des ressources médicales rares sans restreindre l'accès aux équipements ;
- En permettant de mutualiser des lignes de gardes et astreintes grâce à la réalisation de téléconsultations ou téléexpertises la nuit, les week-ends et jours fériés.

Aucune rémunération n'est aujourd'hui possible pour les activités de télémédecine, alors même qu'elles se substituent à des consultations physiques. Dit autrement, ce sont des activités réalisées gratuitement par les établissements, sans qu'aucune des parties ne puisse obtenir un remboursement par l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire. Un tel constat ne peut qu'interpeller les usagers et professionnels du système de santé alors même que le législateur a, depuis trop longtemps déjà, affirmé sa volonté de promouvoir les activités de télémédecine. Dès 2009, le législateur a donné un cadre légal aux activités de télémédecine dans le

---

<sup>2</sup> L'article R. 6316-1 du code de la santé publique dispose que « La téléconsultation [...] a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ».

<sup>3</sup> Le même article du code de la santé publique dispose également que « la téléexpertise [...] a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ».

cadre du code de la santé publique. Dès 2009 aussi, le législateur a érigé la téléconsultation au même rang que la consultation dans le code de la sécurité sociale<sup>4</sup>.

### **Orientation n°11 : Tarifier les téléconsultations à l'acte selon les tarifs NGAP**

Or, malgré cette volonté affirmée sans ambiguïté par la représentation nationale, l'Union Nationale de Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) n'a pas entrepris d'adaptation des nomenclatures fixant les tarifs des actes, à tel point que le tarif de la consultation reste réservé au cas où le patient et le médecin se trouvent dans le même lieu (article 2 de la nomenclature générale des actes professionnels NGAP). Ces nomenclatures ont pourtant une valeur infra-législative puisqu'il s'agit de décisions. Dans l'attente d'une mise en conformité attendue depuis 2009 de la NGAP, seul un contentieux serait de nature à confirmer l'applicabilité des tarifs. Il paraît néanmoins raisonnable de considérer que les tarifs en vigueur s'appliquent, quand bien même la consultation n'est pas donnée au cabinet. Sont notamment concernés les actes suivants :

- C (consultation) : 23 euros ;
- CS (consultation spécialisée) : 23 euros ;
- CsC (consultation de cardiologie) : 45,73 euros ;
- CNPSY (consultation de neuropsychiatrie ou neurologie ou psychiatrie) : 37 euros ;
- CDE (consultation de dépistage du mélanome) : 46 euros.

Les établissements de santé pourraient donc, après récupération des données administratives du patient qui seront partagées dans le cadre d'un GHT, **utiliser les lettres-clés déjà existantes pour valoriser les actes de téléconsultations.**

### **Orientation n°12 : Introduire un forfait annuel de rémunération des établissements requérants**

Les tarifs existants doivent permettre la rémunération de l'établissement requis. Néanmoins, l'établissement accueillant le patient, dit établissement requérant, mobilise également des moyens : un box, des professionnels chargés d'accueillir et

---

<sup>4</sup> L'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale dispose que « les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales ». Cette formulation résulte de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2010 (loi n°2009-1546). Il résulte des débats parlementaires que la volonté du législateur était clairement de lever les obstacles à la mise en œuvre de la télémédecine, notamment quant à ses modalités de remboursement par l'Assurance maladie, en affirmant que le seul fait que le patient et le médecin ne se trouvent pas dans le même lieu ne s'oppose pas à ce que l'acte médical soit considéré comme une consultation habituelle.

superviser le bon déroulement de la téléconsultation, etc. Ce sont autant de coûts d'opportunité que les hôpitaux ont aujourd'hui intérêt à éviter.

Deux options sont donc possibles pour permettre, dès l'exercice 2017, de rémunérer ces activités des établissements requérants :

- Soit la création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation versée à chaque prise en charge ;
- Soit la **création d'un forfait annuel**.

Nous préconisons la seconde option, plus rapide et plus simple à mettre en œuvre, et de nature à répondre aux objectifs d'efficacité organisationnelle qu'induit l'activité de téléconsultations. En effet, l'établissement requérant doit être incité à optimiser son circuit patient afin de ne pas majorer le temps de consultation du professionnel requis par un turn-over insuffisant des patients. Cette efficacité organisationnelle pourrait être mesurée à partir d'indicateurs simples, recueillis et transmis dans les mêmes conditions que les indicateurs retenus pour la rémunération sur objectif de santé publique des professionnels de santé ayant un exercice ambulatoire :

- Des indicateurs techniques : personnes présentes, synthèse médicale tracée, qualité du signal, stockage des données ;
- Des indicateurs d'activité : nombre de téléconsultations ;
- Des indicateurs organisationnels : mise en place de locaux spécifiques permettant d'effectuer habillage et déshabillage dans un sas distinct de la salle de téléconsultation, tableau de service des personnes présentes pendant la téléconsultation au sein de la structure effectrice.

Chaque indicateur serait pondéré d'un coefficient. Il resterait alors à déterminer la valeur du point. Nous proposons que cette valeur soit fixée de sorte à ce que le montant maximum que puisse percevoir un établissement corresponde au coût d'un ETP d'aide-soignante et au coût d'entretien d'un box, **soit environ 50.000 euros**.

#### *FOCUS SUR LA TELEMEDECINE EN IMAGERIE*

Pour ce qui est de l'imagerie, parfois appelée téléradiologie, le modèle se décline comme suit :

- L'établissement requis réalisant l'acte d'interprétation à distance facture à partir de la NGAP, ou, si accord de la CPAM, les actes CCAM correspondant dans l'attente de leur généralisation pour les activités de télémédecine ;
- L'établissement requérant qui dispose de l'équipement et accueille le patient facture le forfait technique ainsi que le forfait annuel proposé ci-dessus.



## **Orientation n°13 : Appliquer les prototypes tarifaires déjà créés par les pouvoirs publics pour la téléexpertise**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit des expérimentations de tarification des activités de télé médecine. Des prototypes tarifaires ont ainsi été fixés par arrêté des Ministres en charge de la santé et du budget. Le tarif des actes de téléexpertise a ainsi été **fixé à 14 euros** pour la prise en charge des plaies chroniques et complexes<sup>5</sup>.

Or, ce tarif ne peut s'appliquer aux expertises rendues entre deux établissements de santé dès lors que le champ des expérimentations se limite aux patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales.

Nous préconisons donc, par souci de cohérence avec les travaux nationaux, d'appliquer le même tarif de référence pour la réalisation des téléexpertises entre deux établissements appartenant au même GHT.

Afin que ce dispositif soit effectif dès l'exercice 2017, et sans attendre la généralisation des tarifs, il est proposé de créer une **prestation d'hospitalisation sans hospitalisation**. Ce serait probablement le vecteur le plus simple à mettre en œuvre pour un démarrage sans plus tarder.

### **Nos propositions de modernisation du modèle de rémunération des établissements de santé**

- Utiliser les tarifs de la NGAP pour la valorisation des téléconsultations et ce, sans attendre une nouvelle décision de l'UNCAM ;
- Mettre en place un nouveau forfait annuel pour rémunérer, dans la limite de 50.000 euros par an et par établissement, les établissements dits requérants ;
- Créer une prestation d'hospitalisation équivalente aux tarifs fixés par arrêté à titre expérimental pour les téléexpertises réalisées au profit des patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales.

---

<sup>5</sup> Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télé médecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi no 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

## **4. Nos 4 orientations pour l'accompagnement du déploiement**

Une fois les textes d'application publiés, le cadre normatif sera complet pour que les GHT puissent fonctionner. Néanmoins, l'essentiel des efforts resteront à fournir par les acteurs en responsabilité dans les établissements de santé. C'est la raison pour laquelle nous préconisons de mettre en place un plan d'accompagnement des établissements de santé articulé autour de 4 éléments.

### **Orientation n°14 : Mettre à disposition une boîte à outils élaborée avec des professionnels hospitaliers**

Nous l'avons annoncé dès la remise de notre rapport intermédiaire : au-delà du cadre normatif, il convient de mettre à disposition des professionnels une boîte à outils que chacun reste libre d'utiliser. Sans valeur normative, ces outils sont destinés à faciliter le travail des acteurs en responsabilité en leur donnant des exemples de démarches ou modalités de fonctionnement. Essentiellement constituée de guides, fiches repères explicatives ou modèles de documents, cette boîte à outils a vocation à être alimentée tout au long de la mise en œuvre des GHT. Elle peut être complétée par le Ministère chargé de formuler des recommandations, mais aussi par les ARS et les établissements ou leurs représentants qui ont déjà été confrontés aux problématiques et questionnements et font office de cas d'école.

Cette boîte à outils, pour être parfaitement opérationnelle, doit appartenir aux établissements de santé : ils doivent se l'approprier et en disposer à souhait. Leur association à son élaboration paraît donc incontournable.

Nous avons déjà pu identifier une série d'éléments pouvant composer cette boîte à outils. Pendant la durée de notre mission, nous avons aussi eu l'occasion de participer, aux côtés d'autres hospitaliers, à la production des premiers éléments, dans le cadre de groupes techniques animés par la DGOS. La liste récapitulative de ces outils figure en annexe II.

- **Guide sur la mise en place de la convergence des systèmes d'information**

Pendant la durée de la mission, un groupe de travail s'est mis en place et a abouti à l'élaboration d'un guide sur la convergence des systèmes d'information. Ce groupe, composé de professionnels du terrain, s'est réuni entre février et décembre 2015. Les participants du groupe de travail ont été choisis pour leur expérience dans des projets complexes de convergence de systèmes d'information, notamment dans le cadre de communautés hospitalières de territoire, leur permettant de capitaliser sur les difficultés rencontrées et les facteurs clés de succès. Le groupe de travail était ainsi composé de représentants de directeurs des systèmes d'information et de l'organisation d'établissements publics de santé : CHU de Clermont Ferrand, CHD de Vendée, CH de Calais, CH Simone Veil (Eaubonne), CH de la Côte Basque (Bayonne), CH de Saint Malo et CH de Meaux.

Le guide méthodologique a été construit dans l'objectif de constituer un outil pratique et pragmatique permettant aux établissements d'identifier les étapes de mise en œuvre pour gérer de façon commune le système d'information convergent du GHT ainsi que les bonnes pratiques, les points de vigilance, les exemples d'actions à mener et les documents à préparer pour chacune des étapes et projets à lancer.

Ce guide est composé de trois parties :

- Partie 1 : Présentation de la démarche globale de mise en œuvre du système d'information convergent d'un GHT et de sa gestion commune par une direction des systèmes d'information unique ;
- Partie 2 : Fiches repères illustrant les étapes de définition de la trajectoire de convergence et de mise en œuvre du SI d'un GHT ;

Les développements sont structurés en 3 parties :

- ✓ Présentation succincte du thème abordé ;
  - ✓ Éléments utiles à la démarche de convergence des SI, présentant les points clés utiles à la compréhension et à la documentation du thème abordé ;
  - ✓ Un tableau ci-dessous précisant les points de vigilance, les bonnes pratiques et les actions à mener.
- Partie 3 : Fiches pratiques apportant des éléments méthodologiques types ou outils pour la définition et la mise en œuvre d'un SI convergent. Ces fiches sont disponibles au sein de ce guide et sont également téléchargeables sur le site internet du ministère en version traitement de texte, modifiables par les établissements qui peuvent ainsi les remplir et les adapter.

Nous recommandons que ce guide soit mis à disposition **avant le 1<sup>er</sup> mars 2016**.

- **Fiche repère sur la mise en place progressive d'une certification HAS conjointe et d'un compte qualité unique**

La Haute Autorité de Santé (HAS) a également élaboré une fiche repère sur la trajectoire progressive que peuvent emprunter les hôpitaux en vue d'aboutir à l'établissement d'un compte qualité unique. Ce document, validé par le Collège de la HAS, propose deux démarches volontaires distinctes aux établissements, en leur permettant de s'engager dès à présent dans la certification conjointe.

Nous recommandons que cette fiche soit mise à disposition **avant le 1<sup>er</sup> mars 2016**.

- **Modèle de convention constitutive**

Simple modèle et non trame opposable, ce document a vocation à sécuriser les établissements en leur proposant une convention validée par une équipe de juristes et garantissant le bon fonctionnement du GHT. La mise à disposition d'un tel modèle a ainsi vocation à économiser le recours systématique à des expertises juridiques externalisées pour l'élaboration des conventions constitutives.

Néanmoins, nombreux ont déjà été les ARS ou les établissements à élaborer d'autres modèles. Il est donc urgent de finaliser et partager ce modèle. Nous recommandons une mise à disposition **avant le 1<sup>er</sup> mars 2016**.

- **Fiche repère sur le processus de consultation des instances**

L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé crée des droits pour certaines instances existantes. C'est par exemple le cas des conseils de surveillance qui devront non seulement se prononcer sur la participation de chaque établissement à un GHT, mais aussi désigner l'établissement support. D'autres dispositions législatives et réglementaires existant déjà sont aussi à prendre en compte pour identifier les compétences de chaque instance.

Afin de faciliter la lecture croisée de toutes ces dispositions, nous proposons qu'une fiche repère sur le processus de consultation des instances pour la constitution de chaque GHT soit mise à disposition des établissements dans les meilleurs délais, soit **avant le 1<sup>er</sup> mars 2016**.

- **Modèle de règlement intérieur**

Là encore, il s'agit d'un simple modèle et non trame opposable pour éviter aux établissements le recours systématique à des expertises juridiques externalisées.

Nous recommandons une mise à disposition **avant le 1<sup>er</sup> mai 2016**.

- **Outil d'accès à des données territoriales d'activité**

Afin d'élaborer le projet médical partagé et procéder préalablement au diagnostic territorial, les établissements concernés doivent pouvoir disposer d'un accès à des données d'activité territoriales et non aux données qui concernent seulement leur seul établissement. Ils doivent pouvoir en disposer sans délai car c'est bien à partir d'orientations médicales proposées par les établissements que le périmètre des GHT devra être arrêté par les Directeurs Généraux des ARS avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Les ARS disposent de telles données. Nous préconisons qu'elles puissent être mises à disposition des médecins responsables de DIM **immédiatement**.

Nous recommandons également que l'ATIH adapte les restitutions à disposition des établissements, via l'outil Scan Santé, pour que les établissements puissent librement manier des agrégations de données d'activité entre plusieurs établissements. Nous conseillons vivement que ces adaptations soient effectuées **avant le 1<sup>er</sup> mai 2016**.

- **Outil de recensement des coopérations existantes**

Afin de participer au diagnostic territorial préalable à la constitution des GHT, les établissements vont devoir procéder au recensement des coopérations qui les impliquent. Cela peut prendre des formes très variées : des coopérations organiques se matérialisant par une personne morale (type GCS) aux simples conventions bilatérales, y compris les conventions de mise à disposition et partage d'un professionnel. Bien souvent, il s'agit de contrats et conventions gérés par différents services et ayant une ancienneté très variable. Or, une cartographie de ces

engagements paraît indispensable en préalable à la constitution des GHT afin notamment de ne pas remettre en cause ou fragiliser des partenariats donnant satisfaction.

Parfois ce recensement existe déjà et est tenu à jour grâce à des outils de gestion documentaire par exemple. Dans bien des cas, l'histoire et les organisations n'ont pas permis ce recueil.

Nous préconisons donc la mise à disposition d'un outil simple de recensement des coopérations existantes, et ce **avant le 1<sup>er</sup> mai 2016**.

- **Fiche repère sur le régime juridique applicable aux professionnels concernés par les fonctions mutualisées**

Lors de nos déplacements en région, nous avons, à plusieurs reprises, été interpellés sur les conséquences pour les équipes de la mutualisation de certaines activités (gestion des systèmes d'information, fonction achat, département de l'information médicale, etc.). Parmi les inquiétudes soulevées figurent les enjeux relatifs à l'établissement employeur, à la gestion de l'avancement des professionnels, à l'accord local RTT applicable, etc.

Or, il existe déjà un régime juridique de droit commun en cas de transfert d'activité. Une fiche repère sur les dispositions existantes ainsi qu'un outil de recensement des professionnels concernés et de leur situation pourrait donc utilement être mis à disposition des établissements.

Les impacts pour les professionnels sont susceptibles d'intervenir dès le second semestre. C'est pourquoi nous recommandons que ce document, qui pourrait être présenté sous forme de questions-réponses après un rappel des dispositions applicables, soit livré **avant le 1<sup>er</sup> mai 2016**.

- **Recommandations sur la gouvernance des GHT**

Comme nous l'appelions de nos vœux en mai dernier (7<sup>ème</sup> condition de réussite), les parlementaires ont retenu le principe d'une gouvernance personnalisable. Sous réserve des dispositions qui seront prises par voie réglementaire, nous proposons que des exemples de composition des instances communes soient mis à disposition des établissements. Il pourrait également s'agir de modèles de délibérations des instances des établissements pour déléguer une partie de leurs compétences à une instance commune.

Les dispositions législatives n'ont par ailleurs pas prévu explicitement de modalités d'association des usagers, en particulier à l'élaboration du projet médical partagé. Or, si les usagers ne seront pas directement rédacteurs du projet, un espace d'expression permettant, d'une part, de recueillir leurs éventuelles propositions, et, d'autre part, de les tenir informés des travaux, doit pouvoir être mis en œuvre. Plusieurs hôpitaux ont déjà initié cette démarche, à l'échelle de leur établissement, dans le cadre d'assemblées ou forum dit citoyen. Des recommandations élaborées de concert avec le collectif inter-associatif en santé, et assises sur la capitalisation des expériences réussies, pourraient donc venir utilement compléter la boîte à outils.

Ces outils concernent la mise en place des GHT et leur fonctionnement dès leur création. C'est la raison pour laquelle nous préconisons que de tels outils puissent être mis à disposition **avant le 1<sup>er</sup> mai 2016**.

- **Modèles de convention d'association ou de partenariat entre chaque GHT et des établissements tiers**

Une fois constitué, chaque GHT pourra être associé à un établissement public tiers, déjà partie à un autre GHT. Ces associations seront conclues par le directeur de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements. Elles pourront concerner par exemple un CHU, un établissement ayant pour activité principale la psychiatrie, un établissement d'hospitalisation à domicile.

Chaque GHT pourra également conclure une convention de partenariat avec un établissement privé, pour tout ou partie de son projet médical.

A l'instar de notre proposition sur la convention constitutive du GHT, nous proposons de mettre à disposition des établissements des modèles de convention d'association et de partenariat. Ces conventions ayant vocation à être conclues une fois le GHT constitué, ces modèles pourraient être mis à disposition pour **le 1<sup>er</sup> juin 2016**.

- **Guide sur la mise en place de pôles inter-établissements**

Ce document a vocation à préciser le processus de constitution d'un pôle inter-établissement ainsi que les modalités de fonctionnement. Parmi celles-ci, un éclairage semble notamment nécessaire sur :

- les règles d'admission des patients et de facturation de séjours par plusieurs établissements en cas de parcours au sein du pôle mais entre plusieurs établissements ;
- les conditions d'imputation des consommations du pôle sur les budgets des différents établissements ainsi que la méthodologie de comptabilité analytique à retenir ;
- le régime de responsabilité qui s'applique à chaque professionnel.

Les pôles inter-établissements ayant vocation à être mis en place une fois le projet médical partagé finalisé, nous préconisons que ce guide puisse être mis à disposition des établissements de santé **avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016**.

- **Guide sur les achats**

En ce qui concerne les achats, deux documents martyrs ont été élaborés et sont destinés à être amendés avec des professionnels de santé :

- Une note descriptive de la fonction achat de GHT cible précisant :
  - ✓ Les enjeux d'une fonction achat mutualisée de GHT
  - ✓ Les missions principales de la fonction achat de GHT
  - ✓ Le périmètre des familles d'achat couvertes
  - ✓ Les axes généraux d'une politique d'achat de GHT
  - ✓ Les objectifs généraux de performance économique et processus
  - ✓ Les opérateurs d'achat mutualisés dans l'environnement des GHT
  - ✓ Les domaines d'activités fonctionnelles à assurer
  - ✓ Les outils principaux du système d'Information achat
  - ✓ La trajectoire de mise en place de la fonction achat

- Un guide de mise en œuvre de la fonction d'achat au sein d'un GHT décrivant :
  - ✓ La démarche en mode projet à mettre en place
  - ✓ L'analyse de situation à mener (notamment les cartographies des portefeuilles d'achat, des fournisseurs, des outils SI et processus) ainsi que le diagnostic associé à élaborer
  - ✓ Les acteurs clés de la fonction achat à identifier
  - ✓ L'analyse des organisations et processus possibles et ceux à privilégier
  - ✓ Les modalités d'animation d'un plan d'action achat de territoire
  - ✓ Les modalités de mise en œuvre de l'organisation et des processus cibles
  - ✓ Les outils méthodologiques d'appui au projet (juridiques, économiques, marchés, communication).

La conception de ces documents implique près de 350 participants :

- acheteurs (60%),
- directeurs d'achat (5%),
- représentants d'opérateurs d'achat nationaux (10%) et régionaux (10%),
- prescripteurs d'achat (10%),
- référents achat ARS (2%),
- d'experts externes (3%).

Cette démarche se conclura par la livraison **début juillet** d'un premier référentiel métier de la fonction achat de GHT et un deuxième spécifique des groupements régionaux d'achat.

▪ **Fiche repère sur l'organisation des activités de recherche et modèle de convention d'association avec chaque CHU**

Une fois constitués, tous les GHT devront s'associer à un CHU pour l'organisation des missions à valence hospitalo-universitaire.

Les activités hospitalo-universitaires prévues sont au nombre de 4 :

- L'enseignement et la formation initiale des professionnels médicaux : ceci s'organise sous la responsabilité de l'UFR de médecine.
- Les missions de référence et de recours : dans un contexte de gradation des soins, un certain nombre de parcours doivent prévoir le recours au CHU. C'est par exemple le cas des activités autorisées par le SIOS : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, grands brûlés. Le rôle de référence des CHU peut aussi s'exercer en cancérologie, en chirurgie spécialisée.  
Le rôle d'expertise des CHU pour les praticiens des GHT doit s'organiser de façon plus formelle par la mise en place, par exemple, de numéros d'appel diffusés et joignables sur des horaires connus.  
Ce rôle, aujourd'hui non financé pour les CHU, devra trouver une juste indemnisation dans les évolutions futures de la réforme tarifaire.

- Les missions de recherche : il appartient au CHU de favoriser la recherche clinique et académique au sein des établissements de son GHT mais aussi au sein des GHT qui lui sont associés en lien avec les établissements supports et les centres hospitaliers.  
Il lui appartient ainsi de favoriser les essais cliniques industriels en proposant à l'industrie d'ouvrir comme centre investigateur les établissements des GHT auxquels il est associé.  
Le CHU peut mutualiser des ressources rares et coûteuses qui ne sont pas accessibles à un seul établissement (par exemple : méthodologie, statistiques, aide à la rédaction d'articles, traduction, pharmacovigilance, etc.), dans le but de développer la recherche académique dans l'ensemble des GHT auxquels il est associé. Il peut aussi, afin de favoriser la promotion des essais cliniques, lancer des appels d'offres à l'échelle des GHT et favoriser les essais multicentriques.  
On peut penser qu'ainsi orchestrée par le CHU de la subdivision, la recherche soit un facteur de réussite des GHT dans la mesure où elle rend plus attractifs les postes de praticiens hospitaliers, améliore la qualité des soins, et renforce la notion de « groupe public solidaire ».
- Les missions de gestion de la démographie médicale : nous préconisons que le CHU de la subdivision soit en charge du recensement des postes vacants dans les GHT associés et les propose aux étudiants en médecine en fin de cursus. En effet, à ce jour, ce rôle est relativement mal rempli et des étudiants disent être sortis du système public faute de propositions de postes.  
Il appartient aussi au CHU de proposer des postes partagés entre les établissements du GHT voire entre GHT afin de couvrir les besoins et de rendre les postes plus attractifs.

Nous proposons donc qu'un modèle de convention intégrant ces orientations soit donc mis à disposition avant l'été. Au-delà du modèle de convention qui, là encore, ne doit pas être une trame opposable, des guides ou fiches repères sur chacune des missions pourraient être élaborés. La première devrait concerner la recherche clinique tant les hôpitaux ont à y gagner.

Nous préconisons que ces outils soient disponibles dès création des GHT, c'est-à-dire **avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016**.

- **Recommandations sur la coordination des plans de formation et de développement personnel continu**

Autre bloc de compétences confiées à l'établissement support, la formation n'a pas encore fait l'objet d'orientations. En fonction des besoins exprimés par les établissements de santé, des livrables pourraient également être élaborés à ce sujet. Si tel était le cas, il conviendrait de les mettre à disposition **avant 2017**.



▪ **Recommandations sur la coordination des écoles et instituts de formation**

Il en est de même pour la formation initiale des professionnels paramédicaux. Là encore, si les établissements de santé en formulent la demande (ce qui n'a pas été le cas pendant notre mission), des livrables pourraient également être élaborés à ce sujet **avant 2017**.

▪ **Livrables relatifs à la mutualisation de trésorerie**

Dès lors qu'un nouveau vecteur législatif aura permis de réintroduire les évolutions en termes de mutualisation de trésorerie que nous appelons de nos vœux et sur lesquels les services (DGOS et DGFIP) ont intensément travaillé en 2015, nous recommandons l'élaboration des plusieurs livrables :

- Une note descriptive sur l'organisation de la fonction de pilotage de trésorerie ;
- Un guide ou une fiche repère décrivant les modalités de mouvements entre les comptes 515 des différents établissements, dans le cadre d'opérations de mutualisation de trésorerie ;
- Un modèle de plan de trésorerie mutualisé.

Nous préconisons d'élaborer ces outils conjointement à l'instruction du cadre légal et réglementaire par les services. L'objectif serait donc de pouvoir rendre effectif ces mutualisations **avant 2017**.

▪ **Au sujet du projet médical partagé**

Nous avons initialement envisagé d'organiser la production d'un guide relatif à l'élaboration du projet médical partagé. Véritable pierre angulaire des GHT, il nous paraissait en effet incontournable d'outiller au mieux les établissements de santé à ce sujet.

Les tentatives entreprises à ce sujet se sont finalement révélées peu contributives. L'exercice s'est vite révélé inapproprié. Un projet médical partagé ne saurait s'élaborer en suivant à la lettre un manuel. La plupart des acteurs en responsabilité ont d'ailleurs déjà eu à élaborer un projet médical. Ils n'ont nul besoin d'un cours magistral en la matière et ce, notamment, parce qu'il n'existe pas une méthodologie unique : les sources de données sont variées, le territoire d'étude peut être défini de différentes façon, il n'existe pas de référentiel national des filières ou de parcours qui s'appliquerait à tous les cas de figure, etc.

L'exercice d'élaboration de ce guide s'est donc très rapidement limité :

- au rappel de recommandations générales sur la conduite de projet, alors même que ce type de recommandations est déjà largement disponible parmi les publications de l'ANAP ;
- à la réalisation de monographies sur des exemples réussis, pas nécessairement transposables et, pour la plupart, ayant déjà fait l'objet d'une valorisation et d'un partage d'expérience.

Nous avons donc abandonné l'idée de produire un outil dédié au projet médical partagé pour préférer plutôt la mise en place d'ateliers opérationnels (*cf. infra*).

## **Orientation n°15 : Elaborer un plan de formation national**

Nous préconisons de déployer un plan de formation national. En effet, l'objectif n'est pas de laisser chaque établissement de santé livré à lui-même, devant financer et prioriser des actions d'accompagnement sur son propre plan de formation.

Plus encore, il paraît préférable de garantir que tous les établissements accèdent au même contenu de formation. Il s'agirait en effet d'organiser une offre de formation :

- homogène entre tous les établissements publics de santé ;
- conforme aux objectifs nationaux.

Parmi les formations ou séminaires à organiser au plan national, figurent les ateliers relatifs à l'élaboration du projet médical partagé évoqués précédemment. Nous préconisons d'organiser, pour chaque GHT, un atelier appliqué réunissant les directeurs, Présidents de CME, Présidents de CSIRMT et médecins responsables de DIM de chaque établissement. Ces ateliers, organisés sur site, auraient plusieurs objectifs :

- permettre aux acteurs en responsabilité de consacrer du temps collectif à la réflexion stratégique ;
- conduire un raisonnement partagé sur la méthodologie de diagnostic territorial à retenir, parmi la variété des possibles ;
- procéder en temps réel aux premières analyses afin d'établir la liste des filières pour le GHT.

Nous recommandons d'organiser ces séminaires au cours du premier semestre. Nous proposons de confier l'organisation et l'animation de ces ateliers à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Outre son savoir-faire en matière de diagnostic territorial et analyse stratégique, cet établissement public semble l'opérateur le mieux à même de remplir une telle mission d'intérêt général. Aux côtés des enseignants chercheurs, nous préconisons d'associer des directeurs et médecins ayant été en responsabilité pour assurer l'animation de tels ateliers.

Une fois ces ateliers prioritaires organisés, des formations nationales pourraient également être déployées sur les sujets dits « métiers » concernés par les mutualisations :

- Le DIM ;
- Les systèmes d'information ;
- Les achats ;
- La formation ;
- Le pilotage de trésorerie.

L'annexe 3 présente une proposition de contenus de formation qui pourraient être déployés nationalement dès la fin 2016.

Nous préconisons également de mettre en place une formation spécifique à destination des chefs de pôle inter-établissement. Ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'une formation de droit, à l'instar des autres chefs de pôle. Cette formation doit intégrer la territorialisation de leurs responsabilités et leur permettre d'acquérir des compétences en matière de management territorial notamment. Ces formations devraient être conçues pour un déploiement **dès début 2017**.

## **Orientation n°16 : Prévoir un accompagnement financier pour supporter les coûts de constitution des GHT**

Nous recommandons de prévoir des modalités d'accompagnement financier des établissements pour soutenir les coûts d'amorçage des GHT. Il ne s'agit pas de financer des dépenses d'investissement : les investissements relatifs au renouvellement des systèmes d'information, dans la dynamique de convergence, seront étalés dans le temps et se substitueront aux investissements qu'aurait faits chaque établissement à l'occasion du renouvellement prévu des logiciels.

Il s'agit plutôt de supporter les coûts de fonctionnement liés au démarrage des GHT. Cela peut par exemple être des dépenses relatives à **l'assistance à maîtrise d'ouvrage** sur l'élaboration du projet médical partagé, si nécessaire, ou l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information.

Il peut aussi s'agir de financer le surcoût lié à la mise en place d'une chefferie de projet. Plusieurs établissements se sont déjà dotés de tels postes, par redéploiement ou par création de postes, à leurs frais. Un accompagnement financier à l'amorçage de ces postes paraît donc prioritaire.

## **Orientation n°17 : Organiser le dialogue social au niveau des GHT**

La constitution des GHT va requérir un travail partenarial entre les acteurs en responsabilité (directeurs, Présidents de CME et Présidents de CSIRMT) et les représentants de personnels. Les personnels doivent être associés le plus en amont de la démarche afin de comprendre les enjeux et être parties prenantes de la dynamique de mutation des établissements de santé.

Le dialogue social interne aux établissements de santé ne saurait donc suffire et nous préconisons d'organiser un dialogue social à l'échelle de chaque GHT, animé par le directeur de l'établissement support.

Cet espace de concertation constitue d'ailleurs une modalité incontournable pour la mise en œuvre de certaines compétences mutualisées. Il en est ainsi de la coordination de plan de formation et développement personnel continu.

Il s'agit donc d'adapter le dialogue social aux nouveaux échelons d'opérationnalité, toujours en complémentarité avec le dialogue social national.

Organiser ce dialogue social à une autre échelle que celle des GHT serait de nature à déresponsabiliser le GHT et plus particulièrement le directeur de l'établissement support. Les problématiques vécues par les professionnels hospitaliers ne sauraient être traitées en dehors des GHT, ni par des acteurs n'ayant pas de responsabilité directe sur les agents concernés.

Nous recommandons donc vivement que des orientations nationales soient données afin que ce dialogue social soit mis en place dans chaque GHT dès la phase de préparation des GHT, à savoir dans les tous prochains mois.

## Conclusion

Les recommandations que nous avons formulées, tant dans notre rapport intermédiaire que dans ce rapport définitif, constituent, à nos yeux les conditions de réussite de la réforme.

Parmi celles-ci, un découpage territorial cohérent, émanation d'un projet médical partagé, est la condition indispensable pour obtenir un GHT de taille raisonnable permettant un projet très intégratif, comme décliné tout au long de ce rapport.

Figure également l'évolution du régime indemnitaire des professionnels concernés, dont les praticiens hospitaliers et les directeurs d'hôpital. Mettre en place des équipes médicales de territoire et territorialiser les responsabilités de directeurs ne pourront pas se faire sans une transformation des modèles d'avancement de carrière et de rémunération.

Pour ce qui est des médecins, l'indemnisation devrait être assise non pas sur un nombre d'entités juridiques mais sur un nombre de sites. Une gradation pourrait être mise en place selon l'intensité des déplacements et selon l'étendue territoriale des responsabilités médicales. Le même dispositif pourrait ainsi permettre d'indemniser des praticiens ayant des responsabilités territoriales, sans se déplacer pour autant, dans le cadre d'activités de télémédecine.

Pour ce qui est des directeurs, il ne fait pas de doute qu'une réforme du régime indemnitaire de la PFR ainsi que la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des parcours individuels, par le CNG, doivent être mis en place.

Dès lors que ces deux sujets sont inscrits à l'ordre du jour des négociations entre les organisations syndicales et le Ministère, nous n'émettons pas de recommandation plus précise mais exprimons le souhait que ces travaux puissent aboutir dans un calendrier cohérent avec la mise en place des GHT, c'est-à-dire pour une prise d'effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Au moment de clôturer cette mission, nous formulons le vœu que l'état d'esprit qui nous a animés, tout au long de cette mission, soit le même qui anime les professionnels dans la mise en œuvre des GHT, au cours de ces prochains mois. Nous souhaitons que notre conviction soit partagée, à savoir que la qualité et la pérennité de notre système hospitalier résident dans notre capacité à nous réorganiser dans le cadre de véritables stratégies de groupes publics à l'échelle des territoires.

Ces réorganisations doivent aussi se faire dans le respect des institutions et des professionnels qui vont devoir s'adapter à ce nouvel environnement.

C'est le seul moyen à notre sens, de garantir à tous, une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

## Remerciements

Nous souhaitons remercier tous ceux qui nous ont accompagnés au cours de ces 15 mois de mission :

Tout d'abord Madame la Ministre Madame Marisol Touraine qui nous a témoigné sa confiance en nous demandant de piloter cette mission qui nous a permis d'exprimer des valeurs qui nous étaient chères,

Madame Clémence Mainpin, Chef de bureau à la DGOS, qui nous a accompagnés avec beaucoup d'efficacité tout au long de la mission qui a été de fait constituée d'un « trinôme » et qui a été le trait d'union entre nous et les services du Ministère,

Madame Charlotte Hammel, Chargée de mission à la DGOS pour les relations avec les ARS,

Les Directeurs Généraux des ARS qui ont permis des échanges fructueux entre les acteurs de terrain et la mission,

Tous les professionnels qui, par leurs très nombreuses expressions, remarques, critiques parfois, nous ont aidé à construire ce projet de GHT non pas dans le consensus bien sûr, mais dans l'intérêt des établissements publics et des patients qui y sont soignés.

Nous souhaitons particulièrement remercier la FHF qui a toujours soutenu la mission dont le positionnement rejoignait les valeurs profondes de la fédération et en particulier son Délégué National Monsieur Gérard Vincent.

## Liste des sigles utilisés

AMOA : Assistance à Maîtrise d'OuvrAge

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière

CHSCT : Comité(s) d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté(s) Hospitalière(s) de Territoire

CHU : Centre(s) Hospitalier(s) régional(/aux) Universitaire(s)

CME : Commission(s) Médicale(s) d'Etablissement

CNG : Centre National de Gestion

CSIRMT : Commission(s) de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département(s) de l'Information Médicale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPRD : Etat(s) Prévisionnel(s) des Recettes et des Dépenses

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement(s) de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement(s) Hospitalier(s) de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PFR : Prime de Fonctions et de Résultats

PH : Praticien(s) Hospitalier(s)

PUI : Pharmacie(s) à Usage Intérieur

SI : Système(s) d'Information

T2A : Tarification A l'Activité

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

# Annexes

## Annexe 1 : Lettre de mission



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Le Ministre*

*Paris, le 17 NOV. 2014*

CAB - FV/MCA - D-2014-2912.

Madame la Directrice Générale, Monsieur le Président,

La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation, etc.).

A cet effet, je souhaite vous confier une mission d'accompagnement dans le cadre de la mise en place des GHT. Vous participerez à la conception du dispositif et à la définition des outils et des modalités de sa mise en œuvre.

Vous vous attacherez à relayer auprès des différents acteurs du système de santé les enjeux stratégiques de leur développement et assurerez, en lien avec les agences régionales de santé, la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Dans un souci de cohérence et de complémentarité, votre mission devra pleinement prendre en compte la réforme des hôpitaux de proximité et le développement des nouveaux modes de prise en charge (hospitalisation de jour, télé-médecine, etc.).

Pour remplir au mieux votre mission, qui débutera en décembre, vous aurez l'appui de la direction générale de l'offre de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté la conduite de cette mission et vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

*Bonne nuit,*

Marisol TOURAINE

Madame Jacqueline HUBERT  
Directrice Générale du CHU de Grenoble

Monsieur le Docteur Frédéric MARTINEAU  
Président de la CME du Centre hospitalier de la  
Côte Basque (Bayonne)

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP  
TÉLÉPHONE (33) 01.40.56.60.00



## *Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la boîte à outils*

DOMAINE	LIVRABLE	RESPONSABLE	ECHEANCE
Système d'information	Guide sur la mise en place de la convergence des SI	DGOS	DISPONIBLE
Certification	Fiche repère sur la convergence vers un compte qualité unique	HAS	DISPONIBLE
Convention constitutive	Modèle de convention constitutive	DGOS	1 <sup>er</sup> mars 2016
	Fiche repère sur le processus de consultation des instances	DGOS	1 <sup>er</sup> mars 2016
	Modèle de règlement intérieur	DGOS	1 <sup>er</sup> mai 2016
	Modèles de convention d'association ou de partenariat entre chaque GHT et des établissements tiers	DGOS	1 <sup>er</sup> juin 2016
Coopération	Outil de recensement des coopérations existantes	DGOS	1 <sup>er</sup> mai 2016
DIM	Outil d'accès à des données territoriales d'activité	ATIH	1 <sup>er</sup> mai 2016
Ressources humaines	Fiche repère sur le régime juridique applicable aux professionnels concernés par les fonctions mutualisées	DGOS	1 <sup>er</sup> mai 2016
Gouvernance	Recommandations sur la gouvernance des GHT	DGOS	1 <sup>er</sup> mai 2016
Pôles inter-établissements	Guide sur la mise en place de pôles inter-établissements	DGOS	1 <sup>er</sup> juillet 2016
Achat	Note descriptive de la fonction achat	DGOS	1 <sup>er</sup> juillet 2016
	Guide de mise en œuvre de la fonction achat	DGOS	1 <sup>er</sup> juillet 2016
Hospitalo-universitaire	Fiche repère sur l'organisation des activités de recherche et modèle de convention d'association avec chaque CHU	DGOS	1 <sup>er</sup> juillet 2016
	Modèle de convention d'association avec un CHU	DGOS	1 <sup>er</sup> juillet 2016
Formation	Recommandations sur la coordination des plans de formation et de développement personnel continu	DGOS	1 <sup>er</sup> janvier 2017
Ecoles	Recommandations sur la coordination des écoles et instituts de formation	DGOS	1 <sup>er</sup> janvier 2017
Budgétaire & comptable	Livrables relatifs à la mutualisation de trésorerie	DGOS	1 <sup>er</sup> janvier 2017

### *Annexe 3 : Proposition d'un plan national de formation*

<b>Fonction</b>	<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Contenu de la formation</b>
DIM	Médecin responsable DIM	Management territorial Diagnostic territorial du GHT
	Médecins DIM	Suivi d'un parcours chaîné
Achats	Responsables des achats	Management achat stratégique territorial
	Responsables de filière d'achats	Management achat opérationnel territorial
	Acheteurs	Acculturation au contexte multi-établissements Formation aux nouveaux processus et nouveaux outils achat
	Approvisionneurs	Acculturation au contexte multi-établissements Formation aux nouveaux processus et nouveaux outils approvisionnement
SI	Directeurs des SI	Conduite du changement
		Pilotage et dimensionnement des ressources humaines de la DSI
		Gestion de projets complexes
		Elaboration du schéma directeur des systèmes d'information du GHT
		Auditabilité des SI
	Externalisation du SI	
	Responsables SI	Urbanisation du SI Interopérabilité
	Agents SI	Gestion de projets SI Accompagnement des utilisateurs du SI

Fonction	Catégorie professionnelle	Contenu de la formation
Finances	Directeurs des finances	Règles budgétaires et comptables GHT
		Pilotage de trésorerie en GHT
		Management et enjeux organisationnels en GHT
	Responsable pilotage tréso	Règles budgétaires et comptables GHT
		Pilotage de trésorerie en GHT
	Responsable mandatement	Règles budgétaires et comptables GHT
Pilotage de trésorerie en GHT		
Formation		Définir une méthodologie commune d'expressions de besoins