



GROUPEMENTS HOSPITALIERS de TERRITOIRE

MISE EN PLACE DES GHT : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Préface par **Bernard DUPONT**

Jean-Marie BARBOT - Dr. Rachel BOCHER - Philippe COUTURIER
Jean-baptiste FLEURY - Jacqueline HUBERT - Dr. Romain NATI - Dr. Jean-Pierre PICHETA
Danielle PORTAL - Monique RICOMES - Jérémie SECHER

Conclusions par le Dr. **Olivier VERAN**





Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

Propos recueillis lors de la CONFÉRENCE du 3 février 2016

par

Hélène BARON-BUAL

Associée en charge du Secteur Public,
Grant Thornton

Capucine CHARVERIAT

Auditrice, Grant Thornton

PoI NOLET

Directeur du Développement, Secteurs publics
nationaux, Grant Thornton.

AVANT-PROPOS

Bernard DUPONT

Directeur Général du CHU de NANCY

INTERVENANTS (par ordre alphabétique)

Jean-Marie BARBOT

Président de l'ADRESS

Dr. **Rachel BOCHER**

Présidente de l'INPH

Philippe COUTURIER

& **Jean-Baptiste FLEURY**

Directeur Général & Directeur Administratif
et Financier du CH de Dieppe

Jacqueline HUBERT

Directrice Générale du CHU de Grenoble

Dr. **Jean-Pierre PICHETA**

Président de la CME du CH de Drôme Nord

Danielle PORTAL

Directrice Générale du CHU d'Amiens

Monique RICOMES

Directrice Générale de l'ARS de Normandie

Jérémie SECHER

Directeur du CH d'Antibes

GRAND TEMOIN

Dr. **Romain NATI**

Directeur Général
Centre Hospitalier de Luxembourg

DISCOURS DE CLOTURE

Dr. **Olivier VERAN**

Rapporteur de la loi



Hélène BARON-BUAL
Associée en charge du
Secteur Public,
Grant Thornton France



Laurent QUEINNEC
Rédacteur en chef, Finances
Hospitalières & Santé RH



Pol NOLET
Directeur national
du développement, secteur
public, Grant Thornton

On évoque aujourd'hui la création de quelque 150 Groupements Hospitaliers de Territoire, axés autour de « grands » établissements. Moyens financiers, moyens humains, moyens informatiques et logistiques, tout reste à construire...

Les GHT suscitent bien des questions et réticences : quels sont les rôles dévolus aux Hôpitaux Locaux ? Comment prendre en compte les spécificités territoriales ? De quelle manière seront conçus les Projets Médicaux de Territoire ? Comment seront organisés les pôles inter-établissements et les Equipes Médicales de Territoire ? Jusqu'où ira la mutualisation des achats, la mutualisation des moyens financiers, et notamment de la trésorerie ? Qui seront les acteurs de la Gouvernance des GHT ?

Grant Thornton a souhaité s'associer à la réflexion qui anime les Directions des Hôpitaux et les médecins, bien sûr, mais aussi d'autres acteurs dont le rôle sera déterminant, telles que les ARS notamment.

Si les questions restent nombreuses, des réponses – pertinentes – se dessinent. Les témoignages des intervenants sont somme toute fort concordants : les GHT peuvent être un formidable outil mis à disposition d'un territoire, à condition d'y impliquer pleinement chacune des composantes : établissements référents, mais aussi hôpitaux locaux, médecins et personnels administratifs. Chacun s'accorde pour remettre le patient au centre des travaux.

Ainsi que l'a exprimé notre grand témoin, le Dr. Nati, Directeur Général du centre hospitalier de Luxembourg, pays où la question de la coordination entre établissements se pose au même titre qu'en France : « *comme dans tous les domaines, chaque acteur doit s'y retrouver et percevoir un intérêt dans les rapprochements à venir. La recherche d'un intérêt commun où aucun acteur ne sera mis à l'écart sera le gage du succès des GHT* ».



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

AVANT-PROPOS



Bernard DUPONT

Directeur Général du CHRU de Nancy

Le territoire doit être aujourd'hui au cœur de l'organisation de nos établissements hospitaliers ! Dans toutes nos régions, il convient d'œuvrer en faveur d'un maillage hospitalier équilibré. L'objectif est donc de faire en sorte que ce qui peut être fait à proximité le soit effectivement, avec un service de grande qualité. Notre population vieillit, aussi la proximité des soins est-elle un enjeu fort !

Les grands centres hospitaliers n'ont pas vocation à créer un désert autour d'eux. Notre responsabilité est de nous assurer que sur la plus large partie possible du territoire la population puisse recourir à des médecins compétents et de qualité, notamment en mettant en place des dispositifs médicaux permettant de maintenir et de développer des activités médicales en périphérie.

Dans cette optique, nous avons mis en place, au CHRU de Nancy un département « Délégation territoire, Coordination des établissements associés, Système d'information, Logistique territoire, GHT, GCS... ». Plus que jamais le patient doit être au centre de notre réflexion et l'optimisation de son parcours sera le guide de la construction des GHT. Il faut fédérer les acteurs autour du patient pour amener les changements de façon positive : au-delà des restructurations nécessaires, les acteurs devront travailler d'abord dans une démarche structurée du parcours du patient. Une telle approche permettra d'avoir une vision transversale de toutes les actions à mener.⁽¹⁾

Bernard DUPONT
Directeur Général du CHRU de Nancy

⁽¹⁾ Pour une approche détaillée, cfr DH Magazine, 2015



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

DÈS AUJOURD'HUI, LES GHT DOIVENT INITIER UN PROJET RH PARTAGÉ



Jean-Marie BARBOT

Président de l'ADRHESS

(L'association pour le développement
des ressources humaines des établissements
sanitaires et sociaux)

La gestion des ressources humaines (GRH) hospitalière semble être la grande oubliée de la loi mettant en place les GHT ! Et pourtant, un million d'agents seront directement ou indirectement impactés par cette réforme... et c'est de leur adhésion que dépendra la réussite des GHT.

De manière plus générale, la GRH hospitalière doit profondément évoluer. Pour s'en convaincre, il convient de se rappeler que la gestion de l'hôpital repose sur un principe sacro-saint d'autonomie des établissements y compris en matière de GRH... ce qui entraîne des pratiques RH très différentes, voire divergentes notamment pour ce qui concerne la gestion des carrières, le régime indemnitaire, ou encore le temps de travail, pour ne citer que quelques exemples.

Par ailleurs, beaucoup de nos hôpitaux sont des petits établissements ou des établissements de taille moyenne : la plupart d'entre eux ne disposent pas de structures possédant la taille critique pour conduire une vraie politique RH et assurer la professionnalisation des équipes, que ce soit en matière de veille réglementaire et jurisprudentielle, de démarches métiers-compétences, de mobilité et parcours professionnel, ou encore de conditions de travail et de qualité de vie au travail (QVT). La situation actuelle des hôpitaux en matière de ressources humaines ne fait qu'exacerber l'inégalité entre les différentes structures hospitalières.

La gestion des ressources médicales est quant à elle, fortement impactée par la pénurie des effectifs. De nombreuses spécialités sont aujourd'hui en grande difficulté et beaucoup d'établissements ne peuvent ou ne pourront plus assurer la permanence des soins (Réanimation, Cardiologie, Radiologie...). Pour rappel, une astreinte nécessite une mobilisation de 5 à

6 praticiens hospitaliers. Une coopération médicale est donc indispensable afin d'améliorer le taux de couverture en soins critiques (soins intensifs neuro-vasculaires par exemple).

Dans la perspective des GHT, quelle est aujourd'hui le degré de coopération entre nos établissements hospitaliers en matière de ressources humaines ? Posons-nous la question : quelle coopération RH pour 2016 ?

À ce jour, plusieurs dispositifs existent. En réalité, les coopérations sont relativement nombreuses, les mutualisations et rapprochements RH n'en sont pas à leur première tentative, et l'on se rappellera notamment les CHT, les FMI, les GCS, les coopérations « public / public » ou « public / privé ». Dans un autre registre, l'expérience du fonctionnement des groupes hospitaliers au sein de l'AP / HP préfigure en quelque sorte ce que pourrait être demain l'organisation RH des GHT (même si les hôpitaux membres des GHT resteront « autonomes »). On note enfin une tendance forte à l'harmonisation des pratiques RH par le biais des réunions de DRH / DAM, ou encore de benchmarking réguliers : l'heure est à la collaboration, à la coopération et à une gestion RH plus solidaire.

En ce qui concerne la GRH au sein des GHT, bien que peu des choses soient dites dans la loi, un domaine est toutefois explicitement cité : la « coordination de la formation initiale et continue du DPC », laquelle devra être obligatoirement transférée à l'établissement support. Nous pouvons y voir une réelle opportunité d'évolution ! Deux aspects doivent toutefois être distingués, la formation initiale d'une part et la formation continue d'autre part.

Concernant la formation initiale, il existe aujourd'hui un réel besoin de restructurer une offre trop éclatée (pour rappel la France dénombre plus de 300 IFSI pour un quota moyen inférieur à 100 étudiants) et de clarifier la gouvernance.

S'agissant de la formation continue, les choses seront plus simples à mettre en place.

Nous bénéficions du soutien et de l'expertise des délégations générales de l'ANFH et il existe déjà des dispositifs (à renforcer toutefois) de mutualisation de la FTLV (par exemple, les actions de formation inter-établissements).

Il convient cependant de mettre en commun des plans de formations et de généraliser le recours aux nouvelles technologies en matière de formation (exemple : plateformes d'e-learning).

Des incertitudes subsistent : que signifie juridiquement « coordonner la formation » ? Quel sera le partage des responsabilités entre les établissements membres du GHT ? Quelle place restera-t-il pour les directeurs d'écoles paramédicales et les directeurs de soins ? Quelles seront les conséquences sur la gestion des instituts de formation (au niveau financier, RH, investissements...)?

D'autres activités ont vocation à être transférées à l'établissement support et auront un impact important sur les RH. En dehors des aspects organisationnels et techniques, la gestion par l'établissement support du SIH et du DIM « pour le compte » des établissements membres va susciter un certain nombre d'interrogations : quel sera le rattachement des médecins DIM et du responsable SIH et plus largement de leurs équipes ? Quelles seront les conséquences sur la gestion des effectifs, sur le tableau des emplois ? Quels seront impacts sur la gestion des carrières ?

La loi offre la possibilité de mettre en commun au sein du GHT un certain nombre d'autres « activités administratives ». Les RH pourraient en être. Appuyons-nous sur des exemples venus d'autres institutions, tels les Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale, qui pourraient nous servir de référence et constituer un véritable levier d'optimisation pour mieux organiser les concours, organiser la mobilité des parcours professionnels et qualifiants (aujourd'hui le reclassement d'agents dans les petits établissements est une chose assez complexe), gérer la paie ou encore renforcer la fonction assistance et conseil (carrière, retraite...).

En guise de « conclusion provisoire », on peut raisonnablement penser que les GHT constituent une réelle opportunité d'améliorer l'organisation des RH, de professionnaliser les équipes de gestion RH, de rationaliser les coûts et d'améliorer le service rendu.

Il conviendra toutefois de veiller à bien préciser le positionnement et le rôle des différents acteurs RH, et notamment des directeurs de ressources humaines, dans la nouvelle organisation territoriale. Il faudra aussi veiller à construire un nouveau dialogue social prenant en compte, si besoin au sein d'instances spécifiques, les enjeux sociaux du GHT tout en préservant le dialogue de terrain.

Dès aujourd'hui, les GHT doivent initier un projet RH partagé s'appuyant notamment sur une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) au niveau du territoire.

Jean-Marie BARBOT

Président de l'ADRESS

(L'association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux).

FILIÈRES DE SOINS ET OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL

**3 MAÎTRES MOTS POUR LES GHT :
« PARCOURS, FILIERE, COORDINATION »**



Dr. Rachel BOCHER
Présidente de l'INPH



L'esprit de la réforme que nous allons vivre avec la mise en place des GHT est d'offrir à tous un égal accès de prise en charge sur le territoire et aussi d'œuvrer à une rénovation profonde de notre système de santé grâce à une recomposition hospitalière globale.

Si les médecins sont indispensables dans un établissement hospitalier, ils le seront encore plus dans un Groupement Hospitalier de Territoire !

Contrairement aux CHT, les GHT ont un caractère obligatoire, et représentent une formidable opportunité d'améliorer la carte et l'offre hospitalières... mais il reste de nombreux points à clarifier pour rendre possible une mise en œuvre effective.

« Une répartition claire des compétences et des responsabilités » : afin d'éviter des glissements au sein des GHT, cette répartition doit être au cœur de la compréhension du fonctionnement, d'autant qu'il n'y a pas de personnalité morale au GHT. Ces glissements potentiels sont naturellement anxiogènes. Le périmètre des GHT doit être évalué pour éviter de tomber dans le piège des « assistances publiques régionales » et d'une coordination hospitalière centrée sur elle-même en contradiction avec l'esprit de la loi, c'est-à-dire une coordination avec le premier recours, l'ambulatoire, le médico-social voire, un décloisonnement des différentes structures dans le paysage hospitalier. Il faut à tout prix éviter que les GHT ne soient escamotés dans leur dimension de recomposition de l'offre de soins, répondant à des considérations d'intérêts locaux ou financiers.

« Repenser le parcours de santé ». Les pratiques innovantes doivent toujours répondre aux besoins croissants d'une population toujours plus nombreuse, aux inégalités persistantes

d'accès aux soins et à l'évolution des pathologies. Les clés de la réussite sont une approche centrée sur les patients, afin que les GHT privilégient le parcours et offre la bonne compétence au bon moment sur un territoire donné.

Les organisations de prise en charge doivent donc être repensées... les maîtres mots sont bien « parcours, filière, coordination ». Il s'agit de favoriser la mise en place d'un parcours territorial comptant des filières graduées, coordonnées, interconnectées et qui intègrent l'ensemble des acteurs de santé.

Il s'agit aussi d'une « prise en charge de santé » et non plus seulement d'une « prise en charge de soins » favorisant une culture de prévention et de santé publique. Les modalités d'hospitalisation seraient alors majoritairement ambulatoires, en favorisant l'HAD (l'hospitalisation à domicile), les consultations avancées et les hôpitaux de jour.

L'expertise hospitalière sera bien présente mais mise à disposition hors les murs. Ainsi les hôpitaux de demain seront ouverts et transparents en lien avec les équipes de premiers recours ou avec les interventions dans les EHPAD ou dans les maisons de santé pluridisciplinaires. L'ensemble du dispositif connecté en matière de télésanté et de télémedecine ne doit pas être oublié.

Il convient donc de repositionner les différents acteurs de la chaîne de soin, de l'ambulatoire à l'hospitalier, en passant par le médico-social et les urgences.

**« Pour les praticiens, quelles conséquences ? »
Comment mobiliser les praticiens hospitaliers autour des GHT ? Quatre prérequis semblent nécessaires :**

- Il doit s'agir d'une démarche pragmatique et volontaire (priorité au volontariat !) de la part des praticiens hospitaliers dans le cadre de modification de profil de poste.
- Il doit s'agir d'une démarche éthique de disponibilité, éthique de mobilité. Les deux doivent être associés dans un cadre de responsabilisation médicale supposant autonomie et indépendance professionnelle.
- la vie professionnelle doit être collégiale et participative, forcément et intensément. En aucun cas, les praticiens hospitaliers ne doivent des « PH valises », donc fragilisés.
- la représentativité des PH doit être suffisante dans les différentes instances du GHT.

« Une CME de GHT » : la réussite d'un projet GHT ne dépend pas de la dimension conventionnelle mais bien de la capacité des acteurs à travailler ensemble et surtout d'identifier en commun des intérêts stratégiques et professionnels.

Il est donc indispensable que ces groupements aient un projet médical partagé pour assurer une cohérence et une logique médicale tout en gardant la spécificité des établissements (notamment la psychiatrie), tout en évitant de revenir au repli hospitalo-centrique d'antan. Cela implique la création d'instances communes médicales et paramédicales au sein des GHT, en particulier une CME

commune en charge d'élaborer un projet médical partagé.

Le principe de la CME de GHT devrait être inclus dans les décrets d'application.

« Réaffirmer des idées fortes » : afin impulser une réelle dynamique de changement et de dissiper les craintes, notamment de disparition de postes, il convient de réaffirmer :

- le maintien des valeurs fortes qui fondent le service public hospitalier,
- la création d'équipes mobiles médicales territoriales avec une rémunération substantielle, fondée non seulement sur la mission mais aussi sur l'éloignement assorti de garantie,
- la conservation des spécificités sur les disciplines telles la psychiatrie, la biologie et le plateau technique de radiologie,
- les valeurs de créativité, d'humanité et de proximité au sein d'un GHT.



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

GHT, COMMUNAUTARISER POUR ÉCONOMISER ?

**L'EXPERIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DU TERRITOIRE
DE SANTÉ DE DIEPPE : UN TERRITOIRE DE PROXIMITÉ,
DE PROJETS, DE MUTUALISATION ET DE PARCOURS.**



Philippe COUTURIER

Directeur Général du CH de Dieppe

Pour bien comprendre le sens de cette présentation, il n'est pas inutile de rappeler brièvement le contexte géographique et sanitaire de la région Dieppoise.

Situé dans la partie nord-est de la Normandie, « Dieppe-Maritime » est un « petit » territoire de santé de 165 000 habitants avec les caractéristiques et les particularités d'un territoire rural, maritime et industriel, marqué par plusieurs spécificités : un vieillissement significatif de la population, une précarité importante, un recours tardif aux soins voire un certain défaut de recours et un taux de fuite important vers le territoire de santé voisin (Rouen), auxquels s'ajoutent des problématiques de démographie médicale. Le territoire est aussi marqué par des carences initiales en termes d'équipements.

Pour ces raisons, le projet régional de santé a identifié un territoire de santé et la nécessité de le renforcer, par le financement de restructurations (hôpital 2007 - hôpital 2012) et de nouvelles autorisations d'activités. Dans le même temps, une direction commune a été mise en place entre les établissements publics du territoire : un établissement de référence, un centre hospitalier de proximité, un hôpital local, 3 EHPAD, l'ensemble totalisant quelque 1 400 lits, 2 000 ETP, et 140 M€ en budget consolidé.

La direction commune a pour objectif de constituer un socle commun de gestion permettant d'accéder à des organisations mutualisées en appui du projet médical. À cet égard, les projets médicaux de ces établissements ont été élaborés séparément mais en concertation, en partageant deux objectifs communs (notamment afin de limiter les fuites vers le territoire voisin - de l'ordre de 40 %) : la gradation des soins sur le territoire et la fluidité du parcours patient. Les mêmes

principes ont présidé à l'élaboration des CPOM.

Les situations difficiles de gestion rencontrées dans certains des établissements, la démographie médicale, le poids d'une direction commune à six établissements suscitent dans notre territoire un véritable désir de GHT. Ce GHT est considéré, dans le contexte du territoire de santé de Dieppe, comme un outil de prise en compte des problématiques de démographie médicale et comme un outil d'intégration renforcée de gestion des établissements en direction commune et donc de simplification.

Pour autant, le territoire en direction commune est-il également le territoire pertinent pour le GHT ? L'expérience de la direction commune nous amène à considérer que la réponse se trouve dans la recherche d'un équilibre entre territoire de mutualisation, territoire de proximité et de projets.

Un territoire de mutualisation pertinent doit, très probablement, atteindre une taille critique permettant de dégager une réelle efficacité, et ce d'autant plus lorsque l'on se situe dans un territoire en difficulté, caractérisé par une offre sous dimensionnée. Le « bon » territoire de mutualisation est donc, très probablement, un territoire d'une certaine taille, avec une nuance cependant : sur Dieppe Maritime, définir un socle commun de gestion entre six établissements a nécessité du temps, de l'investissement et un renforcement des moyens, au moins dans un premier temps.

À l'opposé, un territoire de proximité et de projets est plutôt un petit territoire. Il s'agit d'un territoire dans lequel les acteurs s'approprient, se connaissent, expérimentent le fameux « travailler ensemble », un territoire où les acteurs réfléchissent ensemble, initient des actions de proximité « innovantes » pour le ce dernier (conseil du parcours patient,

plateforme sanitaire, sociale et médico-sociale, télémédecine et télé-radiologie, consultations avancées, renforcement mutuel maison médicale et hôpital local...).

En conclusion le GHT est une opportunité de fluidité du parcours patient, une opportunité d'intégration et de gestion à condition de veiller à ce que le territoire de mutualisation reste conciliable avec le territoire de proximité et de projets.

Pour ce faire, il est probablement nécessaire, au moins pour ce qui concerne Dieppe Maritime, de construire, par étapes, des territoires de mutualisation pertinents, à partir de territoires de projets attractifs et mobilisateurs.

Les GHT doivent être des organisations fondatrices d'actions, constituer une opportunité d'intégration de nouvelles pratiques de gestion plus collaboratives, efficaces et pérennes. Les GHT doivent être aussi l'occasion de fluidifier le parcours patient. C'est un chantier extrêmement complexe, notamment pour les petits établissements mais nous arriverons à relever ce défi, sans aucun doute !

GHT, COMMUNAUTARISER POUR ÉCONOMISER ?

**LE GHT EST UN FACTEUR DE CONSOLIDATION DANS
LE CHAMP DES AFFAIRES FINANCIÈRES APRES UN
PREMIER TRAVAIL D'HARMONISATION DÉJÀ ENGAGÉ
AVEC LA MISE EN PLACE DE DIRECTIONS COMMUNES.**



Jean-Baptiste FLEURY

Directeur des Finances et du Contrôle
de Gestion du CH de Dieppe



La direction commune de plusieurs établissements rend nécessaire la mise en place d'un socle commun de gestion, notamment financière. Cette évidence nous est très rapidement apparue au sein de « Caux Maritime » portée par le Centre Hospitalier de Dieppe.

Le contexte était délicat : situations financières souvent « critiques », carences dans la gouvernance financière, grande hétérogénéité des pratiques, situations de ruptures de trésorerie assorties de litiges, faiblesses du contrôle interne comptable, non rattachement systématique des charges à l'exercice, incohérence des amortissements avec l'état de l'actif, dysfonctionnements sur la chaîne de codage d'activité... la liste est longue et non exhaustive ! A cela s'ajoute des soucis de professionnalisation au sein des fonctions financières et un manque de formalisation des procédures et modes opératoires, ainsi qu'une diversité de logiciels et des infrastructures techniques peu sécurisantes.

Un tel contexte a nécessité la mise en place prioritaire d'un socle commun de gestion, qui s'est articulé autour de trois grands axes :

- La nomination d'un attaché, chargé de mission finances pour la direction commune permettant la réalisation d'un état des lieux, la rencontre et la formation des équipes sur le terrain.
- L'audit, la formalisation et l'harmonisation de procédures de codage entre établissements sanitaires : un médecin DIM commun, un poste de technicien de l'information médicale (TIM) partagé et une équipe informatique unique pour les différents établissements. L'ensemble préfigure un pilotage uniformisé des recettes sanitaires (en lien avec la coordination des parcours patients sur le territoire et le virage ambulatoire). La mise en place de postes à

temps partagés permet une connaissance réciproque des équipes, des échanges d'expériences opérationnels et une gestion prévisionnelle des compétences au sein de la direction commune.

- Le lancement de la normalisation des procédures et des outils budgétaires entre les établissements : harmonisation du suivi de la dette des établissements avec un logiciel commun, normalisation d'un cadre commun pour les établissements médico-sociaux et diffusion de modes opératoires, harmonisation des modes opératoires de contrôle interne (laquelle s'est appuyée sur les recommandations et le cadre normatif de la certification des comptes, dans laquelle est engagée le Centre Hospitalier de Dieppe).

Ces premières actions ont permis de créer un dialogue de gestion harmonisé avec les tutelles, notamment avec le Conseil Départemental, et d'établir une négociation centralisée avec les banques (c'est un gage de confiance : « l'effet de taille rassure »). La direction commune a également permis de mettre en place des mécanismes de solidarité technique et budgétaire (accès à des expertises pour les petits établissements, comme par exemple le contrôle de gestion pour la réalisation du retraitement comptable). A ce stade, les flux financiers ne sont pas encore traités dans le cadre d'un budget annexe – comme le prévoit la mission Hubert – Martineau, mais ils sont déjà traités dans le cadre d'une unité fonctionnelle dédiée du Centre Hospitalier de Dieppe, ce qui permet d'isoler les dépenses communes, tels les frais communs dans le cadre d'un groupement de commandes entre les établissements de la direction commune.

Comment percevoir ce travail en regard de la « rationalisation des modes de gestion » que veut la loi récemment votée ?

- D'abord, il faut reconnaître que ce travail d'harmonisation est fastidieux et plus long que ce que l'on aurait pu imaginer au départ : la mutualisation des pratiques et la professionnalisation nécessitent du temps pour gagner la confiance des équipes de proximité et sécuriser les fonctionnements.
- D'autre part, toutes les compétences relatives aux finances ne sont pas « centralisables » au niveau de l'établissement de référence. Nous identifions de plus en plus le besoin de positionner des relais déconcentrés sur les sites ou en multi-sites dont nous définissons progressivement les missions. Ce travail demande du temps.
- En outre, le temps d'harmonisation des pratiques et de convergence des outils informatiques est long et génère à court terme des coûts de transition, tel le positionnement d'un chargé de mission finances dans le cadre de l'intégration. Ce constat est toutefois relatif, car les coûts de transition sont identifiés dans toute intégration quel que soit par ailleurs le secteur d'activité.
- Enfin, des gains de la mutualisation sont envisageables, mais se réaliseront principalement en exploitant les opportunités de départs naturels de personnels (en l'occurrence, 1 / 3 de départs en retraite dans les 5 ans au sein des équipes finances dans les établissements de la direction commune).

En matière de « rationalisation des modes de gestion », quelles sont les priorités ?

- La première concerne le système d'information car il convient de procéder à une intégration liée des SI et des finances (mise en place d'un réseau

informatique commun aux établissements, accès à distance de l'établissement de référence aux outils des établissements en direction commune, base d'identité unique de patients et de personnels). Pour un directeur financier, les systèmes d'informations sont un enjeu majeur : la convergence de ces derniers avec les infrastructures techniques existantes doit être repensée au regard des nouveaux enjeux.

- Deux points prioritaires sont également à examiner : d'une part, la place et l'organisation des fonctions finances pour le médico-social (nomenclature comptable distincte, multi financeurs) et d'autre part, l'alignement de la structuration des équipes finances et l'organisation du Trésor Public.

Du travail reste à accomplir ! Nous sommes convaincus que les GHT permettront de consolider une première étape d'harmonisation déjà engagée avec la mise en place de directions communes : nous accueillons donc la création des GHT comme une réelle opportunité.



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

« LA MISE EN PLACE
DES GHT
N'EST PAS UNE
NOUVELLE
REORGANISATION
HOSPITALIÈRE »



Jacqueline HUBERT

Directrice Générale du CHU de Grenoble

Il convient de dissocier la mise en place des GHT d'une nouvelle réorganisation hospitalière : il est important de rappeler ce qui fait tout le sens de ces GHT, afin que cette réforme se mette en place de manière collaborative et pérenne.

Pour en comprendre les motivations, lorsque la mission dite « Martineau-Hubert » nous a été confiée à l'origine des GHT en novembre 2014, nous sommes partis du constat de la rédaction d'un article précisant que les GHT sont « mis en place pour permettre la mise en commun d'un certain nombre de fonctions ».

Au-delà de cet aspect purement fonctionnel, que nous estimions largement insuffisant, nous avons accepté cette mission à la condition que les GHT trouvent leur fondement autour de quelques principes forts.

Le premier et le plus important de ces principes est un « égal accès pour tous à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire ». Lorsque la réforme a été présentée sous ce nouvel angle, un large consensus s'est dégagé parmi les usagers, les médecins, les directeurs d'hôpital et les élus. Aujourd'hui, il faut bien le reconnaître, en fonction des territoires, la qualité des soins est souvent inégale. Aussi, dans le cadre de cette mission, nous nous sommes résolument fixé pour principe premier de bâtir les GHT autour de ce qui constituait l'unanimité des acteurs : l'égalité des soins.

Le deuxième principe, tout aussi important est le suivant : le GHT doit avant tout être la concrétisation d'un « bassin de vie », qui peut se traduire par « une heure de déplacement en moyenne pour un praticien et pour un patient ». Au-delà de ce trajet, toute accumulation d'heures de déplacement pour le praticien ou pour le patient ôte une large part de l'utilité fonctionnelle du GHT, et c'est tout le système d'intérêt collectif qui s'effondre. De plus, inverser

le flux de patients est particulièrement difficile, et ce flux ne se fait pas nécessairement en fonction du département de vie mais aussi en fonction d'habitudes personnelles, de circuits particuliers : il faut en tenir compte dans la constitution des GHT.

Le troisième principe fondateur dans un GHT est le Projet Médical Partagé (PMP) : chaque GHT dispose jusqu'au 30 juin 2016 pour mettre en place un projet médical partagé... un délai particulièrement réduit pour des évolutions pourtant majeures ! Soyons réalistes : la toute première version du projet médical ne pourra constituer à elle seule une véritable révolution. Les choses prendront du temps. Dans les premières copies des PMP, ce qui sera important c'est de décrire globalement comment vont s'effectuer les principaux parcours de patients, afin de faciliter cet égal accès aux soins sécurisés qui vient d'être évoqué. Un principe simple pourra servir de guide : quel que soit son point d'entrée dans la sphère hospitalière (qu'il s'agisse de l'hôpital local, du CH, du CHU...), le malade doit toujours être au bon endroit et avoir la possibilité de bénéficier des meilleurs soins.

Ces parcours de patients doivent aussi comprendre toutes les spécialités. Un débat récent s'est organisé autour de l'une d'elles en particulier : la psychiatrie. La psychiatrie est-elle une spécialité à traiter à part, ou doit-elle être pleinement intégrée aux futurs GHT ? Nous sommes convaincus que le parcours d'un patient en psychiatrie doit s'inscrire dans un parcours de soins globalisé.

Il est également nécessaire d'organiser une gradation des soins sur le territoire du groupement, ce qui va nécessiter une modification de l'ensemble des autorisations. Ce qui impose que nous réfléchissions à ce que nous allons faire sur chacun des territoires et

au sein de chaque établissement : comment allons-nous organiser l'offre de soins, mutualiser les achats de matériel médical, organiser les installations de nouveaux blocs opératoires ?

Pour la production de ce premier PMP, nous ne devons pas nous contenter de prévoir les modalités d'élaboration du projet médical mais nous avons le devoir de nous assurer d'actionner tous les leviers permettant de le traduire d'effets. A cet effet, une dizaine de mesures phares préalablement affirmées dans le rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert ont été reprises dans la rédaction de la loi :

- « **Une gouvernance personnalisable** » : nous avons préconisé que les principes de gouvernance soient rédigés de manière simple dans le texte de la loi, afin que chaque GHT puisse l'adapter à ses spécificités. Les modalités de gouvernance reposeront sur un établissement support et la mise en place d'une instance stratégique et d'un comité territorial d'élus. Il s'agit là de modalités de fonctionnement obligatoires. Toutefois, les établissements disposeront de certaines marges de manœuvre, avec par exemple, la mise en place d'une CME (commission médicale d'établissements) au niveau du GHT.
- « **Une taille de GHT acceptable par les professionnels de santé et les usagers** » : les GHT doivent être de taille humaine. La taille des GHT doit être celle d'un « bassin de vie ».
- « **La reconnaissance de la spécificité de chaque Etablissement de Santé** » : il est essentiel de capitaliser sur les points forts de chaque établissement de santé en fonction de ses spécialités (cardiologie, rhumatologie...). Le maître mot est le suivant : « ne pas casser ce qui marche bien ».

.../...

LA MISE EN PLACE DES GHT N'EST PAS UNE NOUVELLE RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE

- « **Une organisation commune des services médicotechniques** » : cela suppose – à terme – un fonctionnement en commun des laboratoires, des services de radiologie et des pharmacies.

- « **La mise en place de pôles inter-établissements et équipes de territoire** » : les médecins ont été les premiers à adhérer à cette évolution. Les hôpitaux aujourd'hui sont en grand déficit financier, en grande partie du fait de l'intérim médical. Les établissements qui ne fonctionnent qu'avec du « mercenariat » médical ne peuvent mettre toutes les chances de leur côté afin de proposer la meilleure offre de soins : mieux vaut fonctionner sur des équipes de territoire, qui permettent de proposer le bon médecin au bon endroit.

Les pôles inter-établissements sont une grande avancée. Pour exemple, nous travaillons en ce moment même à Grenoble sur la création d'un pôle de cardiologie, qui favorisera le maillage et une réelle organisation territoriale de la cardiologie sur un bassin de vie.

- La loi a prévu l'obligation de mettre en commun certaines fonctions : achats, SI, formation, DIM. Ces fonctions sont portées par un établissement désigné comme l'établissement support du GHT. La mise en place du plan triennal d'économie de l'assurance maladie doit si possible faire porter les efforts sur les fonctions logistiques plutôt que sur les soins.

- L'articulation autour d'un « établissement pivot » : les coopérations entre EPS (Etablissements Publics de Santé) les plus intégrés ne doivent pas donner lieu à la création d'une personnalité morale. Ce principe a été validé pour répondre au souci de ne pas créer de strate supplémentaire, laquelle pourrait avoir pour conséquence d'accroître l'illisibilité de la nouvelle organisation. L'établissement

dit « établissement support » sera le seul à porter les fonctions mutualisées pour plus de transparence et d'efficacité.

- Les mécanismes de certification – accréditation (HAS, COFRAC, etc.) évoluent et se feront désormais à l'échelle du GHT.

- Les « autorisations d'activités de soins » seront « territorialisées ».

- Même si elle n'a fait l'objet que d'une simple préconisation, une mesure n'en demeure pas moins essentielle : « l'adaptation du statut et du régime des directeurs et des praticiens hospitaliers ». Chaque acteur doit être gagnant dans cette réorganisation de l'activité de soins, car l'adhésion des directeurs et praticiens hospitaliers est essentielle pour insuffler la dynamique de changement souhaitée.

Dans un autre registre, un point important mérite d'être soulevé : le rôle des ARS (Agences Régionales de Santé), en appui de la démarche des établissements publics de santé. Les ARS ne doivent pas être écartées du dispositif, bien au contraire ! Elles devront être les garantes du fait que les projets proposés par les EPS seront cohérents avec le diagnostic et les orientations territoriales que portent les ARS. Un travail commun et collaboratif est donc essentiel !

L'accent doit aussi être mis sur l'efficacité médicale. C'est en développant cette efficacité que nous parviendrons à rechercher l'efficacité économique. Des mécanismes de solidarité doivent être trouvés afin d'assurer le portage d'actions concrètes.

En ce qui concerne la mise en place concrète des GHT, il nous faut apaiser les esprits : aucun directeur d'établissement ne se retrouvera isolé dans ce nouveau challenge. Pour aider ces acteurs, de nombreux groupes de travail ont œuvré simultanément sur des

problématiques multiples (achats, SI...) afin d'anticiper les futures zones de risques et les dysfonctionnements potentiels. A cet égard, une « boîte à outils » sera mise à disposition des acteurs, à l'initiative de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Cette « boîte à outil » propose des méthodes « clé-en-main » pour la mise en place de :

- **Dossier médical partagé** : guide d'élaboration du projet médical partagé, outil de diagnostic territorial, modèle / trame de projet médical partagé...

- **La Convention** : modèle / trame de convention constitutive, modèle / trame de convention d'association entre GHT et établissements partenaires, modèle de règlement intérieur, etc.

- **Les Pôle inter-établissements** : guide sur la mise en place d'un pôle inter-établissement, Les systèmes d'information : guide de mise en place de la convergence des SIH ;

- **Les achats** : note descriptive de la fonction achats mutualisée, guide d'accompagnement à la mise en place d'une fonction achats mutualisée, spécifications fonctionnelles du SI achats, outils de cartographie des achats...

- **La valence hospitalo-universitaire** : modèle / trame de convention d'association entre GHT et CHU.

Toutefois, certaines problématiques restent encore en suspens et appellent à des réponses sans plus tarder : comment mettre en place à termes la convergence du SI en fonctionnant encore à l'heure actuelle avec des systèmes divergents ? Comment organiser les achats ? Va-t-il falloir adapter le code des marchés publics pour que l'établissement support puisse acheter au nom et pour le compte des établissements du GHT ?

.../...



LA MISE EN PLACE DES GHT N'EST PAS UNE NOUVELLE RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE

Les réponses viendront avec la pratique.

En matière de « boîte à outils », celle qui concernera le « DIM de territoire » sera essentielle. Le DIM est une ressource rare, source de grandes inégalités entre les établissements, et pourtant d'une importance déterminante pour les recettes de nos établissements, lesquelles dépendent de la qualité et de la précision du codage. Si celui-ci est insuffisant, l'établissement peut ne pas se voir reconnaître la juste reconnaissance financière de son activité.

Il convient également de mentionner l'impact des GHT sur les règles budgétaires et comptables, ou bien encore sur la formation des personnels, pour ne citer que quelques exemples... autant d'éléments qui devront aussi être mis en commun et précisés.

Deux autres points au sein des GHT vont prendre une importance croissante dans les années à venir : la télé-médecine (assortie d'une reconnaissance financière des actes pratiqués et la télé-radiologie (permettant d'avoir derrière un écran une permanence dans l'analyse des clichés, une partie pouvant être aussi sous-traitée à des organismes privés).

Enfin, Il convient de réaliser un focus indispensable sur le rôle des CHU dans les territoires. Les CHU sont-ils ou non dans les GHT ? L'article 27 II bis dispose que « Tous les GHT s'associent au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L6132-4 ». Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support et le CHU. En matière d'organisation émergeront deux types de GHT : les GHT qui ont un CHU dans leur territoire et dont l'établissement support gère les fonctions

mutualisées : achats, DIM, SI, formation, les parcours patients intègrent le CHU, etc. et les GHT sans CHU. Ces derniers passent dans ce cas une convention avec le CHU au titre des 4 missions dévolues au CHU : enseignement et formation initiale des professionnels médicaux, les missions de référence et de recours, les missions de recherche et enfin les missions de gestion de la démographie médicale.

Le CHU a pour mission d'organiser et de coordonner, au niveau de sa subdivision universitaire, la recherche au sein de son GHT mais aussi au sein des GHT qui lui sont associés et ceci en concertation avec les établissements. De facto, le CHU doit pouvoir disposer de moyens importants, notamment afin de favoriser les essais cliniques industriels en proposant les inclusions au niveau de la subdivision et non au niveau du GHT, partant du principe que chaque établissement conserve ses recettes. Il reviendra également au CHU de mutualiser les ressources rares et coûteuses (exemples : méthodologie, statistiques, aide à la rédaction d'articles, traduction, pharmacologie, etc.) ou encore piloter des appels d'offres en commun et favoriser les essais multicentriques.

.../...

LA MISE EN PLACE DES GHT N'EST PAS UNE NOUVELLE RÉORGANISATION HOSPITALIÈRE

La recherche est un facteur de réussite des GHT. Bien orchestrée, la recherche favorise la cohésion au sein des GHT, conforte le positionnement des CHU, rend les postes de PH (praticiens hospitaliers) plus attractifs, développe la notion de « groupe public solidaire », etc.

Une solidarité financière et budgétaire de GHT doit être mise en œuvre à plusieurs niveaux afin d'éviter à tout prix le développement d'un modèle de financement exacerbant des postures concurrentielles. Plusieurs pistes de réflexion peuvent être menées : faire valider par les ARS les EPRD d'un même GHT dans le sens d'un équilibre global du GHT, mettre en commun une compétence experte sur le pilotage de la trésorerie ou encore générer des économies sur le tirage des lignes de trésorerie par la mobilisation, au quotidien, de la trésorerie « qui dort » au sein du groupe et favoriser les restructurations au sein du GHT. Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé, qui précise le rôle budgétaire dévolu à l'ARS : « Pour chacun des établissements de santé parties à un Groupement Hospitalier de Territoire, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ».

Une dernière question centrale mérite notre attention : comment vont être portées comptablement demain les activités qui vont être mutualisées ? Un budget annexe va être créé chez l'ES support, pour porter l'ensemble des charges (personnel et structure, achats et DIM communs notamment) qui ne seraient pas indivisibles ou imputables directement sur

chaque ES. Ce budget annexe sera alimenté par une contribution de chaque ES, au moyen d'une seule facturation par an, à partir d'une clé de répartition nationale définie par arrêté (clé composite prenant en compte les produits d'exploitation, le poids du bilan, les effectifs et le nombre de séjours). Le principe est donc le suivant : un budget équilibré et totalement reventilé !

La mise en place de la solidarité de trésorerie, bien que refusée par le Conseil constitutionnel sur la forme (du fait d'une absence de date), reste toujours d'actualité avec le maintien du compte 515 au niveau de chaque ES. Il s'agit d'un mécanisme de cash pooling existant déjà dans le secteur privé (même avec une trésorerie commune, chaque établissement reste responsable de sa ligne de trésorerie et des frais financiers générés par ses emprunts).

Sur tous ces points, un rapport final de la mission Martineau-Hubert est à venir... mais dès aujourd'hui, il appartient à chaque GHT de vivre sa vie, les GHT n'appartiennent pas à la mission !

GRAND TÉMOIN

**LA COOPERATION HOSPITALIÈRE
LUXEMBOURGEOISE ET LE GHT EN FRANCE,
DES ENJEUX ET DES AMBITIONS PARTAGÉS**



Romain NATI

Directeur Général du Centre hospitalier de Luxembourg (GDL)



Comment s'organise le système de santé au Luxembourg ? De manière très synthétique, en matière de recours aux hôpitaux, l'affiliation à l'assurance maladie & maternité est obligatoire pour toute personne disposant d'une activité professionnelle. Cette affiliation respecte les grands principes fondamentaux que sont : le libre choix du médecin et l'accès direct aux médecins spécialisés ainsi qu'aux polycliniques hospitalières. Le conventionnement des prestataires est également obligatoire : chaque médecin qui exerce au Luxembourg doit procéder à son conventionnement. Le système luxembourgeois est largement considéré comme un « bouclier » contre l'introduction d'une médecine « à deux vitesses ». Il n'y a pas de dépassement des honoraires, les assurances complémentaires ne jouent en conséquence qu'un rôle mineur.

Les hôpitaux sont financés sur la base d'une enveloppe budgétaire globale fixée sur une période de 2 ans. A partir de cette enveloppe, la caisse nationale négocie avec les hôpitaux des budgets individuels. Les structures hospitalières, dont 9 hôpitaux principaux, sont réunies dans une même Fédération quel que soit leur statut. On compte essentiellement 4 grands centres hospitaliers multi sites (Luxembourg, Nord, Sud et Robert Schuman) de taille similaire, résultat de fusions. On compte également 2 établissements hospitaliers spécialisés aigus et enfin, 3 établissements hospitaliers spécialisés de moyen séjour.

En préfiguration de ce que seront les problématiques du terrain en relation avec la mise en place des GHT, il est intéressant d'analyser la situation au Luxembourg en matière de coordination entre ces hôpitaux.

Le principe est la collaboration volontaire, et bien qu'un effort de mutualisation soit encouragé

par la Caisse Nationale de Santé, on est en droit de se demander s'il s'agit d'un mode de gouvernance adéquat et suffisamment efficace. Un exemple pour s'en convaincre : la notion de « centres de compétences ». C'est un objectif national au Grand-Duché de Luxembourg et un mode d'organisation collaborative inscrite dans la planification. Un « centre de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble un ou plusieurs établissements hospitaliers et les ressources d'un ou plusieurs services assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies. Un certain nombre de domaines sont identifiés comme devant être développés et mutualisés au sein des structures permettant une prise en charge du patient pluridisciplinaire et intégrée, par exemple : accidents vasculaires cérébraux, oncologie, affections rachidiennes à traitement chirurgical, diabète, obésité morbide, maladies psychosomatiques, problèmes cardiaques majeurs... Malheureusement depuis 2010, nous n'avons pas pu concrétiser qu'un seul projet, du fait de l'absence de consensus entre les hôpitaux...

Le système hospitalier luxembourgeois a toutefois enregistré des succès ! Ainsi, en ce qui concerne l'informatique, nous avons décidé d'externaliser la mutualisation au sein d'un GIE (Groupement d'Intérêt Economique) facilitant les échanges inter-hospitaliers de données. Ce GIE développe aussi des applications à usage de tous les hôpitaux. Les hôpitaux publics ont par ailleurs développé une plateforme SAP commune pour toutes les activités administratives (comptabilité, facturation, contrôle de gestion...). Un cahier des charges commun a aussi été déployé par ces hôpitaux publics pour la mise en place du dossier patient informatisé.

.../...

D'autre part, de gros efforts de coordination sont menés au niveau des laboratoires : le Grand-Duché dispose de 4 laboratoires hospitaliers et nous avons la volonté de faire fusionner ces laboratoires au sein d'une même structure à personnalité juridique propre qui serait gérée par les hôpitaux. L'idée est de faire émerger un laboratoire central, dit « pilote », et plusieurs laboratoires périphériques qui assureraient uniquement une activité « d'urgence ».

Dans la perspective des GHT, quel est donc le modèle de gouvernance approprié ? Accentuation du dirigisme ? Démarche consensuelle des acteurs ? Délégation de pouvoir entre les acteurs ? Union des acteurs dans une nouvelle structure, conduite par un seul organisme gestionnaire ? Des réponses devront être trouvées rapidement...

Certains facteurs freinent toujours la convergence des modes de fonctionnement des hôpitaux : la différence statutaire de nos hôpitaux, laquelle n'est pas toujours de nature à promouvoir un intérêt commun, la cohabitation « public – privé » qui suscite plus la concurrence que la complémentarité, l'égalité de taille des établissements de soins aigus qui fait qu'il n'y a pas de leader naturel autour duquel un groupement pourrait s'organiser. Enfin, la création de petites structures spécialisées, indépendantes, avec leurs propres administrations et budgets ne favorise pas une dynamique de convergence, de même que les différences de statuts des médecins (salarié-libéral). Tout cela ne facilite pas le réaménagement des équipes autour de projets médicaux communs.

En conclusion, et s'il faut faire le pari du meilleur choix, il semble que la piste la plus prometteuse soit nécessairement l'union solide des acteurs dans une réelle volonté de coordination.

Comme dans tous les domaines, chaque acteur doit s'y retrouver et percevoir un intérêt dans les rapprochements à venir. La recherche d'un intérêt commun où aucun acteur ne sera mis à l'écart sera le gage du succès des GHT.



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

IMPLIQUER
LES MÉDECINS
DANS
LA MISE EN PLACE
DES GHT !



Dr. Jean-Pierre PICHETA

Président de la CME du CH de Drôme Nord



IMPLIQUER LES MÉDECINS DANS LA MISE EN PLACE DES GHT !

Les GHT ne doivent pas être vécus comme une réforme de plus par la communauté médicale ! Au cours de ces 20 dernières années nous avons connu plusieurs réformes qui ont modifié la gouvernance des hôpitaux : le discours se brouille et les acteurs se perdent. D'autant que le contexte du plan triennal peut avoir des effets repoussoirs pour l'ensemble des professionnels de santé, car nous avons bien conscience qu'il est en filigrane de cette réforme. Le discours manque de clarté et de consistance pour la communauté médicale : « qu'est-ce qu'un GHT ? », c'est une interrogation constante pour la plupart des professionnels. Est-on dans la rationalisation de l'offre médicale ? Ou dans un transfert d'activité voire même à l'horizon d'une fusion ou d'une pré-fusion ?

Il faut aujourd'hui raisonner en matière d'attractivité pour les médecins.

Prenons l'exemple de l'imagerie : la technologie pour mutualiser les activités existe depuis longtemps, et les spécialisations sont nombreuses. Il faut offrir aux médecins de l'attractivité c'est-à-dire constituer des équipes de taille suffisante pour alléger la permanence des soins et éviter de leur imposer de couvrir l'ensemble des domaines d'activité, les médecins cherchent à se spécialiser. Le GHT, au niveau d'un ensemble d'établissements, peut être un lieu d'épanouissement pour les médecins. C'est là qu'il faut les motiver !

La loi aborde la notion de « convergence » des systèmes d'information des hôpitaux. On voit même apparaître la notion d'uniformisation. La question des conséquences de cette uniformisation doit être posée. Est-ce réellement rédhibitoire pour le médecin qui sera appelé à intervenir sur plusieurs établissements ? Qu'est-ce qui nous empêche dès aujourd'hui d'échanger des résultats d'imagerie, de biologie,

des comptes rendus ? Juste la volonté de le faire et d'utiliser les outils déjà existants au lieu de s'engager dans une modification de fond de nos systèmes d'information. Ne prenons pas le problème à l'envers ! Ne nous réfugions pas derrière la croyance que les outils n'existent pas, utilisons déjà de manière efficiente ceux qui existent.

En matière d'information, pour la communauté médicale, le dossier médical partagé représentera un levier important et un objectif à terme. Cela doit cependant être appréhendé calmement et sereinement avec une réelle gestion de projet et non dans un calendrier contraint.

Depuis la loi HPST et son mode de gouvernance, un déséquilibre s'est créé dans la relation médecin-administration. Le fonctionnement est trop technocratique. Il est nécessaire de revenir à l'esprit de la « nouvelle gouvernance » des ordonnances de 2005, une véritable cogestion médecins et administration. Cela représentera un véritable gage d'implication de la part des médecins !

LE CHU AU CŒUR DES GHT

**LES CHU AURONT DES RESPONSABILITÉS
CROISSANTES AU SEIN DES GHT**



Danielle PORTAL
Directrice Générale du CHU d'Amiens

La loi de modernisation de notre système de santé dispose que « tous les groupements hospitaliers s'associent à un CHU au titre des activités Hospitalo-Universitaires, c'est-à-dire : les missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux, les missions de recherche, de gestion de la démographie médicale mais aussi de référence et de recours. »

Ces principes vont connaître une traduction de deux ordres : dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire et dans une convention d'association entre l'Établissement support du GHT et le CHU. Le CHU est avant tout un établissement public de santé et donc, à l'instar des autres EPS, il doit être membre d'un GHT. Ainsi, les CHU sont doublement concernés par les GHT : au sein de leur propre GHT et en association avec d'autres GHT pour leurs missions particulières, définies par la loi de modernisation de notre Système de Santé. Les CHU se trouvent ainsi au cœur de cette transformation, et c'est une réelle opportunité pour eux de revivifier un travail et des missions qu'ils n'ont pas toujours investis dans les territoires.

Les nouveaux parcours de soins doivent être l'occasion pour les CHU d'accentuer leur légitimité sur l'hyper-recours, l'enseignement et la recherche. Ils sont aujourd'hui signataires des conventions HU avec les universités.

Ils concentrent l'essentiel des activités de recours régional et interrégional (SIOS, CR et autres niveaux 3) et sont les sièges des facultés de santé et d'instituts de formation dotés d'outils pédagogiques innovants. « L'universitarisation » croissante des IFSI doit inciter à une nouvelle réflexion de réorganisation.

Les CHU auront des responsabilités particulières croissantes dans le cadre des GHT, tel que réaffirmé par la loi :

- Favoriser l'égalité d'accès aux activités d'hyper-recours, aux protocoles de recherche et aux innovations,
- Organiser les filières de prise en charge et les circuits des patients pour les activités SIOS et centres de référence (forte demande de la part des patients),
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques au plus près des patients,
- Contribuer à l'attractivité de tous les établissements publics de santé auprès des patients et des professionnels,
- Repenser l'encadrement pédagogique de la formation initiale et continue.

En matière de formation et d'enseignement, les CHU devront coordonner les contenus pédagogiques et promouvoir des outils de formation. En ce qui concerne la formation, les deux filières seront concernées : la formation initiale et la formation continue. Les CHU devront développer des outils pédagogiques plus innovants (par exemple des centres de simulation de niveau 3), d'initier des parcours de formation qualifiants et de favoriser l'apprentissage pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, tel que recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les CHU ont aussi un rôle majeur à jouer dans la recherche. Ce sujet est primordial pour tous les professionnels de santé. Les chercheurs semblent pourtant se désintéresser de la France, il faut donc agir au cœur du dispositif, afin que les CHU puissent mieux coordonner l'organisation territoriale de la recherche. Plusieurs marges de manœuvre sont possibles :

l'animation territoriale par les CHU et les autres établissements sièges de DRCI de la recherche, l'élaboration avec le CRBSP d'une stratégie et de projets de recherche, afin d'accroître l'attractivité scientifique et économique, le développement de plateformes dédiées et de fonctions supports dédiées. Tous les acteurs des GHT sont concernés ! Il faut également pouvoir créer de solides réseaux entre les CHU et travailler à la mutualisation des compétences et des outils.

Au regard de la loi, les CHU ont aussi le devoir de soutenir l'attractivité des carrières médicales. Les territoires concernés sont tous les GHT par subdivision d'internat. C'est encore un domaine peu exploré mais les CHU devront à terme pouvoir organiser la gestion prospective de la démographie médicale et prendre en compte les besoins des établissements pour la formation des internes et jeunes seniors. Les ARS doivent soutenir les CHU dans cette démarche, en travaillant à la gestion de l'adéquation des internes et à la mise en place de postes partagés, permettant la formation de seniors spécialisés. Le sujet de la démographie médicale ne pourra pas s'organiser seul !

La loi doit être l'occasion de renforcer la fonction de « tête de réseau » des CHU et la coopération sur un ensemble de missions préalablement identifiées, pour les membres des GHT auxquels ils sont associés. Cette fonction de « tête de réseau » trouvera particulièrement sa pertinence dans le développement des coopérations avec les autres CHU voisins et, si cela correspond à la constitution d'une masse critique pertinente, entre CHU plus éloignés pour conforter leurs rôles de coordination des soins de recours, d'enseignement et de recherche dans les GHT relevant de leur ressort territorial. Les CHU doivent se conventionner aux GHT. Il ne s'agit pas d'un GHT par CHU mais de conventionner les CHU à l'échelle d'un bassin de vie.

.../...



Le projet médical partagé sera la pierre angulaire de ce dispositif de coopération.

Comment garantir un équilibre territorial dans les projets médicaux des GHT dont le CHU est l'établissement support/pivot ? Plusieurs propositions trouvent leur pertinence :

- Construire un projet médical de territoire et un projet de gestion des fonctions supports mutualisées qui garantissent un équilibre territorial. Il semble donc nécessaire de formaliser ces principes et objectifs communs du groupement dans une Charte des parties prenantes élaborée par les Directeurs au début des travaux communs et communiquée aux Présidents des Conseils de surveillance.
- Définir entre CHU d'une même région, sur la base d'une méthodologie unique, des filières de recours et de référence spécifiques (un CHU leader) et partagées ainsi qu'une méthodologie harmonisée de gestion graduée des autorisations.

Dans la « boîte à outils » il est prévu d'inscrire les missions spécifiques des CHU dans le projet médical partagé en favorisant la contribution des personnels médicaux à la réussite des GHT pour le projet médical et pour le projet de recherche, en adaptant les dispositions statutaires et indemnitaires (Plan d'action attractivité), en modernisant le cadre juridique et financier de la télémédecine et en s'impliquant dans une réflexion sur la démographie médicale et la gestion des équipes communes, tout en tenant compte des besoins des CH partenaires. Il faut éviter que nos médecins ne deviennent des « VRP de la médecine », en renforçant le lien entre les équipes médicales des GHT et celles des CHU.

Deux modèles sont à prendre en compte de manière distincte :

- Dans les GHT où le CHU est associé, il faut mentionner explicitement que les missions régionales, coordonnées pour l'ensemble des GHT, sont assurées par le CHU de concert avec les UFR de santé et prévoir l'association préalable du CHU à l'élaboration des projets médicaux partagés des GHT, afin de pouvoir assurer la gestion de la démographie médicale.
- Dans les GHT où le CHU est membre, il est nécessaire d'adapter l'organisation médicale du CHU aux enjeux du GHT et de renforcer les liens entre équipes médicales du CHU et celles des établissements du GHT pour une meilleure harmonisation des pratiques.

Il reste beaucoup de travail à faire. À l'heure actuelle, nous sommes davantage dans la prospective que dans le retour d'expérience...

ORGANISATION DES TERRITOIRES

**LA MISE EN PLACE DE LA CARTOGRAPHIE DES GHT
AU SEIN DE LA NOUVELLE RÉGION NORMANDIE**



Monique RICOMES
Directrice Générale de l'ARS de Normandie



« **Le GHT n'a pas pour objet de fermer des structures, mais au contraire de pérenniser et sécuriser dans le temps la place de chacune en les repositionnant au cœur des GHT** ».

La Normandie offre une forte diversité de territoires et donc la perspective de GHT très différents. Pour bien comprendre nos enjeux, il n'est pas inutile de rappeler nos particularités : la Normandie « réunie » ce sont 5 départements (la Manche, le Calvados, l'Orne, l'Eure et la Seine Maritime), 2 CHU, quelque 3,3 millions d'habitants, une grande hétérogénéité de densité de population comportant notamment une puissante zone urbanisée (le long de la Seine) mais aussi des territoires à très faible densité de population. C'est une région qui comprend trois métropoles, des villes moyennes, une forte culture rurale et une population en vieillissement. Il s'agit donc d'une région démographiquement très contrastée.

L'organisation hospitalière de la Normandie est également le fruit de son histoire : il n'y a pas d'évidence, ni de découpages géographiques naturels qui s'imposent d'emblée. A cela s'ajoutent, sur une partie du territoire un problème de démographie médicale, une faible culture de collaboration hospitalière, des conflits historiques d'hégémonie et plusieurs établissements de santé publique en très grande difficulté financière (notamment pour un des deux CHU présents sur le territoire). L'état des lieux est donc loin d'être à notre avantage : « marier des établissements en mauvaise santé entre eux » n'est jamais gage de réussite au premier abord.

Et pourtant, cette réforme est un formidable levier pour une grande région comme la Normandie. Il faudra la réaliser de façon adaptée, du « cousu main », afin que cette mise en œuvre soit la plus pragmatique possible.

En Normandie, nous avons souhaité une approche dans un esprit de forte collaboration avec les deux sections de la Fédération Hospitalière de France (FHF), afin de laisser émerger la meilleure cartographie possible. Il a été convenu que l'ARS énoncerait quelques principes essentiels à respecter dans le découpage (principes directeurs) et émettrait des hypothèses que les fédérations challengeraient in fine. Un seul impératif a été fixé : début mars 2016, ce travail de réflexion et de collaboration devra être achevé, l'énorme travail du PMP (projet médical partagé) lui emboitant le pas.

L'hypothèse de départ a été celle d'une cartographie assez ambitieuse conduisant à la création de 6 GHT au sein de la région, la préoccupation centrale de l'ARS étant de concevoir des GHT relativement homogènes en taille et qui permettent surtout de respecter « l'esprit de la loi », tout en reflétant dans le PMP, le développement de la recherche, la gradation des spécialités, les économies d'échelles, etc.

Pour ce faire, nous avons établi quelques principes directeurs :

- « **Une taille critique** » : il ne faut pas se laisser aller aux mouvements naturels d'une région ou d'un territoire, au risque de se retrouver avec une réorganisation complètement illisible. Un GHT doit couvrir un minimum de 300 000 habitants, cette taille pouvant bien entendu être supérieure dans des zones particulièrement urbanisées.

- « **La prise en compte des mouvements de recomposition territoriale** » : il faut accorder une attention toute particulière aux mouvements de recomposition des territoires (en particulier dans les intercommunalités) en associant les élus de manière proactive;

- « **La place significative des établissements privés** » : en Normandie, le monde hospitalier privé est fortement implanté. Bien sûr, les GHT doivent être un véritable outil de renforcement de l'hôpital public mais ils ne doivent cependant pas être perçus comme un outil de concurrence vis-à-vis des établissements privés ;

- « **La place centrale des établissements médicaux-sociaux** » : les personnes âgées et handicapées doivent être au cœur du cercle vertueux du nouveau dispositif ;

- « **Redonner une place à la santé mentale** » : nous avons affirmé le principe selon lequel les établissements de santé mentale seront pleinement intégrés aux GHT, sous réserve de possibles exceptions ;

- « **L'articulation autour du plan triennal** » : c'est une préoccupation constante car ce principe est au cœur de la réforme.

.../...



Comment prendre en compte la diversité des territoires ? Cette question appelle plusieurs réponses. Tout d'abord un travail important a été mené en amont avec les Fédérations, les Présidents de Conseil de Surveillance, mais aussi avec les élus. Depuis la fin de l'année, ces derniers se montrent de plus en plus impliqués dans les décisions prises en matière de GHT : il faut, pour certains, arriver à les convaincre des objectifs et du bien-fondé de la réforme. Le GHT n'est pas fait pour fermer des structures mais bien pour pérenniser et sécuriser dans le temps chacune des structures en positionnant clairement leur rôle au sein des GHT. C'est un travail de persuasion de longue haleine !

La diversité des PMP (projets médicaux partagés) reste un point sensible. Leur degré de maturité dépendra des enjeux à relever (notamment en matière de démographie voire de désertification médicale...) et le rôle des médecins n'en sera que renforcé. Le contenu des projets médicaux partagés sera très différent selon la nature des communautés médicales concernées (pour certains établissements, les effectifs médicaux sont complets et composés de titulaires... pour d'autres, on se retrouve dans une situation diamétralement opposée). Dans ce contexte, l'appui de l'ARS prend tout son sens, afin de faire coïncider l'ensemble de ces communautés médicales.

Le cadre juridique de la loi, dans l'attente des textes d'application, est assez souple, offrant ainsi la possibilité de s'adapter à différentes situations. Il doit être manié avec précaution et de manière collaborative. Il appartient à tous les acteurs du territoire d'œuvrer à ce que les GHT ne soient pas une « coquille vide », une création artificielle qui ne parle à personne.

En conclusion, le GHT est un formidable levier et un excellent outil. Prenant en

compte l'histoire de nos régions, il peut être l'aboutissement d'une démarche de coopération historique pour les uns... et le début d'une démarche pour d'autres.

Ce qui est important, c'est la dynamique qui est créée. Le calendrier serré doit nous porter et être notre atout, et non un élément de frein ou de peur.



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

LE PROJET MEDICAL
PARTAGE COMME SENS DE
L'ACTION, LA SOUPLESSE
ET LA SUBSIDIARITÉ DU
DISPOSITIF COMME
MODALITÉS D'ACTION
ET LA PRISE EN COMPTE
DES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ COMME FACTEUR
CLÉ DU SUCCÈS



Jérémie SECHER

Président du SMPS

(Syndicat des Managers Publics de Santé)

Il est des constantes que l'on retrouve dans tous nos territoires : nous sommes tous d'accord sur les objectifs des GHT, et nous sommes globalement d'accord sur la rédaction finale de l'article 107 de la loi. Le mot d'ordre doit être le suivant : « aller plus loin ! ». Nous devons aller plus loin et soutenir au mieux et dans la souplesse la mise en œuvre des GHT. Toutefois, pour que cette réforme soit un réel succès, un long chemin reste à parcourir, et bien des interrogations doivent encore être levées.

De manière schématique, ce qui ressort aujourd'hui des discussions avec les pouvoirs publics et entre collègues dans le cadre du « tour de France » que j'effectue, c'est la cohabitation de deux idées sur les conséquences des GHT. Selon les uns, « il ne va rien se passer », et selon les autres, « les GHT induiront un fonctionnement bien plus intégré entre les établissements, voire préfigureront des fusions ».

Entre ces deux extrêmes, certains prérequis sont nécessaires à la réussite de la mise en place des GHT :

- « Donner du sens à l'action » : par la mise en place effective d'un projet médical partagé en amont des GHT ;
- « Perfectionner les modalités d'actions » : par la souplesse et la subsidiarité qui sont des éléments clés du dispositif ;
- « Faire naître des conditions de succès » : par la prise en compte des professionnels de santé au cœur du dispositif. Il est nécessaire de mettre en place un accompagnement individuel et collectif (y compris statutaire) des professionnels (en particulier médecins, directeurs, ingénieurs et cadres) dans le cadre de la généralisation des exercices territoriaux.

Notre « tour de France » remet aussi en cause

l'idée récurrente qui voudrait que cette réforme s'inscrive dans un contexte d'absence de restructuration. Elle semble partir du postulat selon lequel les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) seraient un échec. Est-ce bien le cas ? Tandis que les CHT se mettaient en place et que les GCS se développaient, le paysage sanitaire a été fortement restructuré depuis 2009, notamment par la mise en place de directions communes. Quelques chiffres suffisent pour s'en convaincre : plus de 200 directions communes ont été mises en place à fin 2012 et plus de 100 fusions d'établissement ont été réalisées. Fin 2013, ces opérations ont induit une réduction de 30% des directions. Fin 2015, on estime que ce chiffre a atteint entre 40 et 50% de réductions de postes de direction. Les directions communes sont en fait un phénomène majeur, qui s'est accéléré récemment. Elles constituent aujourd'hui un aspect significatif de la restructuration de l'offre de soins. Le postulat selon lequel les coopérations hospitalières seraient insuffisantes à ce jour se doit donc d'être reconsidéré.

La question sous-jacente est la suivante : que mettons-nous et qui mettons-nous derrière ce concept de « directions communes » en termes d'organisation des soins ?

C'est ici que le PMP (projet médical partagé) prend tout son sens et constitue un enjeu majeur. Or, 4 mois seulement avant la mise en œuvre des GHT, un grand nombre d'établissements n'ont guère avancé sur ces PMP. Pourtant, tout le « sens médical » de la réforme est bien d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous les patients sur le territoire et de donner la priorité à la constitution de véritables filières de soins cohérentes, enjeu insuffisamment mis en avant. À tel point d'ailleurs que les chefs d'établissement rappellent souvent que « leur

premier souci, c'est que les médecins de l'hôpital référent dans les différentes spécialités soient en capacité de recevoir les patients que l'on souhaite leur adresser ». Un tel constat ne renvoie pas à une critique à l'égard des professionnels, mais bien à une question d'organisation, de démographie, qui sont l'essence même du projet médical partagé.

La question de la pertinence du périmètre et de la taille des GHT se pose à l'évidence. A ce sujet, le rapport de l'IGAS de 2012, intitulé « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », s'était montré très critique sur les fusions d'établissements et illustre assez bien les interrogations des communautés hospitalières avant la mise en œuvre des GHT. Le rapport mettait déjà en exergue les grands facteurs qui peuvent compromettre dès l'origine un rapprochement entre deux structures : « un temps de trajet trop important (...), des bassins de vie trop différents (...) les fusions entre hôpitaux de grande taille paraissent particulièrement délicates, notamment lorsque les hôpitaux sont de taille relativement équivalente... ». En parallèle, certains facteurs clés de succès sont évoqués dans ce même rapport de l'IGAS : « l'implication des responsables est déterminante (...) ; l'Agence Régionale de Santé doit jouer son rôle de régulateur en affichant clairement ses objectifs, notamment auprès des élus et du corps médical (...) ».

Si nous sommes aujourd'hui d'accord sur la philosophie des GHT, nous avons le devoir de clarifier les objectifs qui s'y rattachent. Un risque subsiste, celui de constituer des structures de trop grande taille et de voir une dilution de la coopération. L'IGAS dans son rapport allait même à l'époque jusqu'à recommander la « déconsolidation » du fonctionnement des structures hospitalières considérées comme trop importantes.

.../...

Un autre enjeu doit être rappelé : la nécessité de s'inscrire dans le plan triennal et de s'attacher à ce que les coopérations renforcées au sein des GHT engendrent effectivement des économies. Or, nous ne disposons aujourd'hui ni de véritable évaluation économique des coopérations passées, présentes et futures, ni des enjeux de la mutualisation des moyens. Quel périmètre ? Quelle réalité des économies d'échelle à court, moyen et long termes ? Au regard des expériences de terrain, il n'y a pas d'économies à court terme, peu à moyen terme même si l'on peut en espérer à long terme. Et le sujet doit être débattu à l'aune des questions de solidarité financière qui font naître de nombreuses inquiétudes.

Reste également la nécessité de clarifier la vision et l'objectif des GHT, et notamment le périmètre et le degré d'intégration des établissements de santé qui les constituent. A ce jour, la cartographie des projets de GHT met en évidence que la majeure partie des GHT « qui marchent » correspond à des bassins de population comprenant entre 300.000 et 700.000 habitants. Au-delà de cette taille, il existe un risque, que le rapport de l'IGAS de 2012 met en évidence, d'apparition de « déséconomies d'échelle » : « L'apparition de nouveaux coûts liés à la grande taille : les organisations de grande taille génèrent des coûts qui leur sont propres (fonctionnement du siège, coûts des dispositifs de supervision et de contrôle, enjeux de gestion des ressources humaines, systèmes d'information, etc.), tout en étant menacées de risques particuliers liés à leur complexité (bureaucratisme, manque de lisibilité de la gouvernance, etc.) ».

Bien entendu, la question de la place des CHU dans les GHT se pose plus particulièrement : intégration dans un GHT, établissement support ou « grand frère » de plusieurs GHT ? L'avenir des

CHU passe par la réaffirmation de leurs missions spécifiques à l'échelle de plusieurs GHT.

Deux écueils sont particulièrement à éviter : d'une part dégrader et déqualifier l'image des CHU en voulant les intégrer à tout prix dans un GHT de proximité, et d'autre part, créer une offre de soins « à deux vitesses » entre GHT, notamment sur le sujet de la démographie médicale.

Les futurs GHT vont donc osciller entre deux modèles extrêmes, qui devraient être laissés au choix des acteurs de terrain par le biais de leurs conventions constitutives sur la base d'un projet médical partagé : d'une part les GHT qui veulent aller vers l'intégration et qui ont besoin dans ce modèle d'une direction commune ou d'une fusion, et d'autre part les GHT qui n'ont pas de direction commune et qui font de la coordination. Dans ce second modèle, les compétences mutualisées doivent pouvoir être réparties entre les établissements, l'équilibre étant la condition sine qua non de la réussite du projet. Ainsi, aux côtés d'établissements dits de support, des compétences mutualisées peuvent être attribuées à un ou plusieurs établissements qui seraient capables de les prendre en charge. Certaines régions ont d'ailleurs déjà mis ce dispositif en place, à titre expérimental.

Le décret qui mettra en application les GHT devra laisser une forte liberté d'organisation aux établissements de santé, sans entrer de manière exagérée dans le détail de l'organisation, tout en leur fournissant les outils pour établir des coopérations simples et efficaces.

Cette « révolution » promise au travers des GHT ne pourra se réaliser pleinement que dans le respect de conditions de souplesse et de pragmatisme.

Ces conditions sont celles de l'adhésion des

acteurs hospitaliers à la réforme.

Elle ne se fera pas sans les efforts déployés par les professionnels pour la mettre en œuvre, et notamment les médecins, directeurs, ingénieurs et cadres. Ce sont les communautés hospitalières qui font avancer l'hôpital.



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

DISCOURS DE CLÔTURE

L'ESPRIT DE LA LOI

**LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
NE POURRA SE FAIRE SANS L'IMPLICATION
FORTE DES MEDECINS.**



Olivier VERAN
Rapporteur de la loi



Soyons provocateurs : que reste-t-il de l'esprit de la loi ? Le GHT n'a pas pour objet de s'inscrire dans une logique budgétaire et économique mais bien dans une dynamique d'amélioration de l'accès aux soins de façon généralisée. L'esprit de la loi n'est donc pas de mettre en place des GHT « comme instruments de restructuration du parc hospitalier » mais bien comme de formidables outils mis à disposition des établissements de soins partageant un même territoire pour « travailler ensemble de façon plus efficiente et plus coordonnée ».

Les logiques de restructuration, les économies exigées sont trop importantes pour être mises en place à l'échelle des établissements, lesquels sont souvent « exsangues » : dégager d'importantes économies est une chose impensable à l'échelle d'un seul établissement de santé et nous le savons tous ! L'ambulatoire se développe, les grands plans de modernisation des hôpitaux se succèdent, beaucoup de restructurations sont en cours : il faut désormais raisonner et agir à l'échelle de plusieurs établissements afin d'optimiser les moyens et de créer de nouveaux leviers d'action.

La mutualisation au service d'un projet de territoire ne pourra pas se faire sans impliquer les médecins le plus en amont possible.

Nous sommes dans une forte période d'incertitudes et d'interrogations, et ce n'est que normal : le projet se met en œuvre, certains textes et décrets ne sont pas encore sortis, il est donc compréhensible que les experts, que les directeurs, que les ARS s'interrogent encore sur des problématiques de base telles la définition d'un territoire, la mise en commun de la trésorerie, la véritable personnalité morale des GHT, etc.

Nous devons toutefois nous entendre sur un point immédiat : le projet médical du GHT.

Il sera collaboratif et partagé avec l'ensemble des acteurs. La mobilisation pertinente des ressources essentielles est donc le premier enjeu pour faire fonctionner le « rouage » de cette future grande machine. Pour faire vivre les GHT, il faut que les projets médicaux proviennent naturellement des médecins eux-mêmes. Sans projet médical de territoire, il n'y aura pas de coopération et nous resterons dans une logique archaïque de concurrence (les ressources rares deviennent rapidement des sources de conflits entre les établissements d'un même territoire).

Or, les équipes médicales de territoire conçoivent les GHT avec une « illusion salvatrice » tandis que les établissements ont tout d'abord besoin de compter leurs propres ressources : on ne peut mutualiser ce qui n'existe pas et la situation n'a guère changé, il s'agit là d'un véritable cercle vicieux. Les équipes médicales attendent les GHT sans vraiment savoir ce qui se passe. Il conviendra de donner rapidement du sens et du corps à leurs ambitions et à leurs besoins.

Les établissements nous tendent véritablement la main et attendent la mise en place de ces nouvelles coopérations de pied ferme.

C'est en mettant les médecins autour de la table, en les invitant à échanger, à discuter de leurs besoins respectifs (en termes de ressources techniques, humaines, financières) que nous initierons un véritable dialogue et que nous trouverons des solutions qui feront consensus au sein de la communauté.

Les médecins « capés » doivent se faire forts d'organiser ces structures et de les rendre plus attractives pour les « jeunes » médecins.

Les médecins capés doivent faire des vacances dans les établissements et former les jeunes générations. Les médecins aiment les challenges

et n'aiment pas s'enterrer dans des carrières trop linéaires : ils réussiront donc celui-ci à n'en pas douter ! Il faut donner du sens à la pérennisation des « petits » établissements de santé et ne plus être « CHU-centré ». Des questions devront être réglées rapidement, notamment celle de la mobilité : est-ce l'hôpital qui recevra le médecin ou inversement ?

Mon message est le suivant : faites en sorte que les médecins s'emparent de leur GHT, ils sont le cœur de ce dispositif !

À PROPOS DE

Grant Thornton

Grant Thornton, groupe *leader* d'Audit et de Conseil, rassemble en France 1 700 collaborateurs dont 117 associés dans 23 bureaux, en se positionnant sur 5 métiers : **Audit, Expertise Conseil, Conseil Financier, Conseil Opérationnel & Outsourcing et Conseil Juridique et Fiscal.**

Grant Thornton accompagne les entreprises dynamiques (sociétés cotées, entreprises publiques et privées) pour leur permettre de libérer leur potentiel de croissance, grâce à l'intervention d'associés disponibles et impliqués, épaulés par des équipes délivrant une expertise à très haute valeur ajoutée.

Les membres de Grant Thornton International Ltd, constituent l'une des principales organisations d'Audit et de Conseil à travers le monde. Chaque membre du réseau est indépendant aux plans financier, juridique et managérial.

Grant Thornton, l'instinct de la croissance.

www.grant-thornton.fr

Agnès de RIBET

Directrice du *Marketing* et de la Communication,
Grant Thornton

T (+33) 1 56 21 03 03

E agnes.deribet@fr.gt.com

Contacts

Hélène BARON-BUAL

Associée en charge du Secteur Public,
Grant Thornton

T +33 1 56 21 04 41

E helene.baron-bual@fr.gt.com



Grant Thornton

L'instinct de la croissance™

Grant Thornton
Membre français de Grant Thornton International Ltd
100 rue de Courcelles 75849 Paris Cedex 17
www.grant-thornton.fr

Pol NOLET

Directeur du développement, Secteur publics nationaux,
Grant Thornton

T +33 1 56 21 06 62

E pol.nolet@fr.gt.com