



BILAN D'ETAPE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)



Rapport – Tome I

Claude DAGORN

Dominique GIORGI

Alain MEUNIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation du Pr. Luc BARRET

2019-034R
Décembre 2019

SYNTHÈSE

[1] Dans le cadre du programme de travail de l'IGAS pour 2019, un bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), trois ans après leur constitution, a été demandé par lettre de mission du 16 Mai 2019. La mission a été confiée à Luc Barret, Claude Dagorn, Dominique Giorgi et Alain Meunier, membres de l'Inspection générale.

[2] Quatre axes d'investigation étaient fixés à la mission : le périmètre géographique et la composition institutionnelle des GHT ; le fonctionnement de leur gouvernance ; les modalités d'élaboration, le contenu et la portée des projets médicaux partagés (PMP) ; la traduction de ces groupements dans la mutualisation des ressources hospitalières. Il était également demandé d'apprécier la dynamique des GHT au regard des deux objectifs que leur fixait la loi de 2016 : la gradation des soins pour un accès égal à des soins de qualité et sécurisés, et la rationalisation des modes de gestion.

[3] La mission a procédé à deux enquêtes - adressées, l'une aux ARS, l'autre aux 135 GHT - qui ont respectivement recueilli 100 % et 90 % de réponses- et elle s'est rendue dans 12 régions. Des échanges ont été conduits avec chaque ARS et avec la gouvernance de 24 GHT, des représentants des établissements support et parties ainsi que des responsables de filières de soins et des fonctions mutualisées.

[4] Les périmètres des GHT sont très disparates en termes de population couverte, de nombre d'établissements et d'étendue géographique. Le plus souvent, ces disparités ne font pas problème et une démarche de révision générale des périmètres de GHT serait inopportune. En revanche, certaines situations contrecarrent les objectifs assignés aux GHT : nombre d'établissements trop réduit et offre de soins fragile, velléités de dissidence, dérogations accordées aux EPSM ou GHT exclusivement psychiatriques. Des mesures correctives sont alors à prendre, en laissant agir les ARS, rapidement pour ne pas freiner le déploiement des GHT concernés.

[5] Les instances de gouvernance sont en place avec un rôle moteur pour le comité stratégique (COSTRAT), souvent appuyé d'un bureau, et le collège médical, ou la commission médicale de groupement (CMG) dans un GHT sur cinq. La mission n'a pas constaté de tensions entre directions et communautés médicales dans les GHT où elle s'est déplacée. Au titre des propositions de renforcement de la gouvernance médicale en application de la loi d'organisation et de transformation du système de santé, elle propose notamment que la composante médicale soit majoritaire au COSTRAT, par analogie avec le directoire des établissements de santé.

[6] La commission de soins infirmiers, de rééducation et medicotechniques (CSIRMT) investit significativement le champ de la qualité et de la gestion des risques et développe une approche coordonnée de l'activité et des formations des soignants du GHT.

[7] En revanche le comité territorial des élus locaux (CTEL) reste, sauf exception, peu actif et globalement limité à une instance de partage d'informations. Les élus doivent donc être davantage associés pour partager les enjeux sensibles du GHT, notamment la recomposition de l'offre de soins qui nécessite une pédagogie active et impose de les consulter.

[8] De même, le comité des usagers trouve difficilement sa place, ses membres se consacrant surtout à des questions du ressort de chaque établissement. Le principe d'une représentation au Costrat est à envisager.

[9] Enfin, la conférence territoriale de dialogue sociale est affectée par l'opposition de principe de certaines organisations syndicales au GHT, qui n'y participent pas. Le champ du dialogue social au niveau du GHT reste à préciser en privilégiant les questions liées à la mutualisation des ressources humaines. Un espace de concertation doit être maintenu dans chaque établissement pour les questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

[10] Au-delà de quelques ajustements pour rendre plus agile une gouvernance dont ils dénoncent tous la lourdeur, les GHT devront se saisir des possibilités données par la loi du 24 juillet 2019¹ de fusion et de substitution des instances avec celles des établissements membres.

[11] Les PMP adoptés en 2017 sont globalement de qualité. La plupart des GHT ont établi un bilan complet de leurs filières (parfois trop nombreuses) et ont posé des objectifs ambitieux de gradation des soins que les ARS ont validés, parfois avec quelques prescriptions supplémentaires. Cependant la mission a relevé des limites à la portée de ces projets. L'articulation avec les projets de soins partagés (PSP) est insuffisante. L'association avec le secteur médico-social est inégale, et avec l'HAD, elle fait défaut dans un tiers des cas, bien qu'obligatoire. L'ouverture sur l'offre de ville, reconnue comme nécessaire est traduite dans des outils numériques et portails d'information partagée, mais reste souvent faible dans l'attente d'une structuration de la gouvernance des acteurs libéraux dans les CPTS.

[12] Deux ans et demi après leur adoption, donc à mi-parcours, le bilan des PMP reste contrasté. Il conviendrait qu'une évaluation en soit faite dans chaque GHT avant d'élaborer de nouveaux projets, pour lesquels la mission préconise des projets médico-soignants partagés (PMSP) construits en associant médecins et soignants, présentés dans un document unique, recentrés sur des filières prioritaires en nombre contenu, et ouverts sur la ville. Ces projets devront développer une approche populationnelle et plusieurs thématiques transversales : la continuité, la qualité et la sécurité des soins, la télémédecine, la prévention et la précarité par exemple.

[13] La mutualisation des ressources en médecins est tantôt freinée, tantôt stimulée par les tensions de la démographie médicale. Principalement alimentée par les postes d'assistants spécialistes régionaux à temps partagé, financés ou cofinancés par les ARS, la mutualisation a des effets variables. Si des équipes médicales de territoire se créent dans certains GHT, ce mouvement dépend fortement des ressources médicales des établissements supports et n'a pas permis de mesurer une réduction du recours à l'intérim. Alors que quelques GHT sont déjà engagés dans des démarches de GRH médicale, sa généralisation prévue par la loi devrait permettre de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) médicale. Celle-ci doit pouvoir s'appuyer sur un renforcement de l'attractivité des emplois médicaux à l'hôpital public. Une évaluation des dispositifs réglementaires prévus à cet effet est nécessaire.

[14] L'état des mutualisations des fonctions supports est très hétérogène.

[15] Les systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont caractérisés par la diversité des logiciels utilisés par les établissements d'un même GHT, qu'il s'agisse de l'informatique médicale ou de gestion. Les directions SI de GHT sont créées et les schémas directeurs sont arrêtés. Mais les ambitions de convergence se limitent souvent à une interopérabilité des applications, faute de consensus sur un choix de logiciel commun et de moyens suffisants pour en faire l'acquisition.

¹ Loi n° 2010-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

[16] De fait, le dossier patient unique, important pour coordonner l'exercice médical au niveau du territoire, paraît un objectif en général très lointain. Des délais de 5 à 10 ans sont évoqués. Globalement les coûts d'infrastructures (réseau, hébergement des données), d'achats et de déploiement des logiciels sont très supérieurs aux financements « leviers » mobilisables dans le cadre du plan HOP'en². La mission préconise donc un accompagnement financier plus important mais conditionnel dans ce domaine.

[17] La structuration des DIM de territoire est inégale, car tributaire d'effectifs insuffisants ou d'une réserve à collaborer entre établissements, ainsi que d'une concentration de l'activité des équipes DIM sur le codage de séjours et actes externes, au détriment de leur fonction d'analyse quantitative et qualitative de l'activité au niveau du territoire.

[18] Le domaine des achats est le plus avancé, bénéficiant de l'antériorité du programme Phare et des groupements d'achats. Les gains sur achats sont maintenus, mais ne paraissent pas progresser avec les GHT. La sécurité juridique des procédures a sans doute gagné, mais la centralisation des achats au niveau de l'établissement support rend difficile le recours aux fournisseurs locaux pour les établissements de petite taille et peut allonger les délais d'approvisionnement. Il est nécessaire de généraliser les délégations aux établissements parties pour les achats dont le montant ne nécessite ni procédure de mise en concurrence ni publicité.

[19] Enfin, sur le plan budgétaire et financier, la création des budgets G s'inscrit le plus souvent dans une application des dispositions réglementaires qui minimise les volumes financiers transférés pour éviter des tensions que l'accroissement des contributions des établissements parties pourrait créer.

[20] En outre, la mission note que la situation financière très dégradée de certains établissements support leur interdit globalement de jouer le rôle moteur que leur assigne la réglementation et pourrait nécessiter, sous condition d'une trajectoire de redressement, un accompagnement financier spécifique avec un objectif de consolidation du haut de bilan. Cette situation devrait désormais être appréhendée à l'échelle du GHT, notamment dans le cadre des dossiers Copermo et de l'opération de reprise de dette à venir. Plus généralement, les possibilités de mutualisation doivent être poussées (budget G, trésorerie, PGFP, emprunts et gestion de la dette).

[21] Globalement, les GHT sont actuellement « au milieu du gué », avec des déploiements très inégaux. Certains apparaissent clairement en avance, convergeant vers un modèle intégratif, d'autres sont en retard, pénalisés par des périmètres ou compositions inadéquats, ou freinés par des contextes médicaux ou économiques défavorables. Enfin, une troisième catégorie, probablement la majorité, est « en chantier ».

[22] Des freins apparaissent ainsi récurrents : contexte peu porteur de l'offre de soins publique (activité en faible croissance, problèmes de recrutements médicaux), lenteur des mouvements institutionnels (création de directions communes ou de fusions d'établissements) ; persistance de dissensions internes, fragilités financières, insuffisance des méthodes d'évaluation mises en œuvre. Des mouvements amorcés restent à confirmer, notamment les recompositions et gradations en cours de l'offre de soins, ainsi que la prise en compte de la qualité et de la gestion des risques dans la démarche des GHT.

[23] Les ARS disposent de moyens d'appui fort, notamment grâce au nouvel outil de CPOM pour l'ensemble des établissements d'un GHT et aux appels à projets qu'elles peuvent lancer. Leurs priorités portent sur le temps médical partagé, la convergence des SI, le soutien à l'offre de proximité, la valorisation des meilleures pratiques et enfin sur l'articulation des autorisations d'activité et

² Programme HOP'en pour hôpital numérique ouvert sur son environnement

d'équipements avec les PMSP. Ce point devrait permettre de procéder aux recompositions de l'offre de soins qui seront nécessaires.

[24] La consolidation du modèle agrégatif du GHT actuel, aux compétences élargies et à la gouvernance potentiellement allégée par les droits d'option ouverts, permettrait de donner un nouvel élan aux GHT, afin de poursuivre et d'amplifier des résultats, qui bien qu'incomplets et inégaux, sont en trois ans très supérieurs à ceux que les CHT antérieures présentaient 7 ans après leur instauration en 2009.

[25] Au-delà, la mission propose deux scénarios, un de court terme, un de moyen terme.

[26] Le premier scénario, de court terme, est ancré sur la proximité. Les établissements ou sites de proximité constituent désormais une priorité, un mode de labellisation et des moyens de fonctionnement et financement nouveaux étant en voie de définition. Intégrés aux GHT³, ils doivent bénéficier des synergies internes qu'il peut procurer, et constituer pour eux un apport, compatible avec les objectifs de gradation des filières et d'ouverture sur l'offre libérale. Dans cette perspective et en référence au principe de subsidiarité, la mission propose les ajustements nécessaires à la gouvernance du GHT, avec un champ de compétences déléguées aux hôpitaux de proximité pour les relations avec le médicosocial et la médecine de ville.

[27] La mission note également que les GHT les plus avancés sont ceux qui sont d'ores et déjà les plus intégrés. C'est pourquoi un second scénario de moyen terme, reposant sur un GHT personne morale unique est envisagé. La fusion progressive des établissements parties apparaît cependant trop longue et complexe pour y parvenir. La possibilité de créer un « établissement public de santé territorial » se substituant en une fois aux établissements parties, mériterait une étude de faisabilité approfondie.

³ Pour les hôpitaux ou sites constituant ou appartenant à des EPS

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 Périmètre et composition des GHT			
1	Mettre fin aux dérogations temporaires accordées aux EPSM, ainsi qu'aux GHT spécialisés en psychiatrie, dont le périmètre en offre de soins ne correspond manifestement pas aux objectifs de création des GHT.	ARS	Fin de période de dérogation accordée
2	Réviser le périmètre des quelques GHT dont les situations complexes peuvent compromettre l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés.	ARS	2020
3	Engager les directeurs généraux d'ARS à user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes entre établissements parties au sein d'un GHT. Sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles par les ARS et les GHT, définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre.	SGMAS ARS	2020
24	Engager une étude de faisabilité de l'institution d'une nouvelle catégorie d'établissements publics de santé – l'établissement public de santé territorial – pour en préciser le cadre juridique et la procédure de création.	DGOS	2021
Thème 2 Gouvernance et instances des GHT			
4	Mieux associer les élus locaux à la gouvernance des GHT, en s'assurant notamment que le CTEL remplit ses missions.	GHT	2020
5	Alléger la gouvernance des GHT en mettant en œuvre les possibilités de substitution ou fusion d'instances ouvertes par la loi.	GHT	Dès parution des ordonnances prévues par la loi OTSS
6	Prévoir une meilleure association des communautés médicales à la gouvernance des GHT, notamment par un renforcement des moyens dont disposent PCMG et PCME, et en envisageant de conférer la majorité à la composante médicale du Costrat.	GHT	2020
7	Prévoir la nomination de représentants des usagers au Comité stratégique.	GHT	2020
8	Organiser le dialogue social au niveau territorial, tout en laissant des formations en charge de la santé et des conditions de travail au niveau des établissements et sites.	GHT	2020

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
17	Accorder aux GHT des marges d'autonomie dans l'organisation et la conduite des groupements, sous forme de droit d'expérimentation, notamment pour la conduite des établissements en direction commune.	DGOS	Dès parution des ordonnances prévues par la loi OTSS
23	Adapter le management et la gouvernance de GHT pour tenir compte de la priorité accordée à l'organisation du premier recours hospitalier.	DGOS	Dès parution des ordonnances prévues par la loi OTSS
Thème 3 Projets médico-soignants partagés et filières de soins			
9	Lancer l'élaboration de PMSP de deuxième génération, avec un nombre plus restreint de filières et promouvoir quelques thèmes transversaux majeurs : proximité, qualité, sécurité et continuité des soins. Garantir l'association de l'HAD à l'élaboration des PMSP.	DGOS-ARS	2020
10	Articuler l'action des ARS en matière d'autorisations d'activités et d'équipements avec les projets d'organisation portés dans les PMSP, et développer la contractualisation des ARS avec les GHT.	ARS	Dès parution des textes relatifs à la réforme du droit de l'autorisation
22	Concevoir les documents contractuels liant les acteurs de proximité, CPTS, établissements de santé et médico-sociaux de manière opérationnelle en explicitant les procédures de prise en charge concrète des patients.	GHT	2020
11	Ouvrir le chantier de la rénovation du cadre statutaire des directeurs d'hôpital, pour l'adapter au cadre d'exercice du GHT, en traitant du recrutement, de la formation initiale et continue, et des déroulements de carrière.	DGOS	2020
12	Développer les outils méthodologiques et d'accompagnement à la mise en œuvre de la gestion RH médicale mutualisée.	DGOS-ANAP	Dès parution des textes d'application de la loi OTSS
13	Ouvrir le chantier de la rénovation du cadre statutaire des PH, pour tenir compte de leurs fonctions de management dans le cadre d'exercice du GHT, en traitant de la formation continue et des déroulements de carrière.	DGOS	2020
Thème 5 Financement des GHT			
14	Inscrire systématiquement la situation financière des CH support suivis par le Copermo, dans le contexte global du GHT	DGOS	2020

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
15	Renforcer l'obligation de retracer les flux liés au déploiement du GHT dans la section budgétaire G. Prévoir une gestion commune de la trésorerie, des investissements (PGFP unique), des emprunts et de la dette.	DGOS	2020 Dès parution des textes d'application de la loi OTSS
16	Permettre sous conditions, des accompagnements financiers ciblés pour des GHT dénués de capacité d'autofinancement et entravés dans leur développement. Abonder prioritairement le financement dédié à la convergence informatique, au-delà de Hop'en, en conditionnant les versements à l'avancement du processus.	DGOS	2020 et 2022
21	Inscrire dans les CPOM de GHT les dispositions conduisant à garantir aux hôpitaux ou sites de proximité les moyens nécessaires à leur fonctionnement.	ARS-GHT	Dès parution des textes d'application de la loi OTSS
Thème 6 : suivi et évaluation des GHT			
18	Amplifier les actions de la mission GHT de la DGOS et de l'ANAP pour la promotion permanente des réussites exemplaires, et encourager la constitution de réseaux de pairs au niveau régional.	DGOS-ANAP	2020
19	Développer les méthodologies d'évaluation des GHT et encourager leur mise en œuvre. Conforter les méthodologies de suivi des projets médicaux et médico-techniques. Prioriser le suivi des projets de recomposition de l'offre de soins pour en apprécier les effets sur les parcours patients, la qualité ressentie et l'efficience.	DGOS-ANAP-ARS	2020
20	Initier une étude de suivi particulier sur l'articulation GHT-CPTS.	DGOS	2020

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	13
1 DANS UN CADRE INSTITUTIONNEL INABOUTI, LES GHT FONT PROGRESSER DES MUTUALISATIONS AVEC DES PROJETS MEDICAUX DESORMAIS PARTAGES	15
1.1 PERIMETRE ET COMPOSITION : UN PRAGMATISME DE CONSTRUCTION QUI N'EVITE PAS CERTAINES INADEQUATIONS	15
1.1.1 Une grande hétérogénéité de périmètres.....	16
1.1.2 Des compositions institutionnelles très diverses.....	20
1.1.3 Les situations atypiques voire problématiques.....	24
1.2 GOUVERNANCE : UNE DYNAMIQUE INEGALE DES INSTANCES	26
1.2.1 Des instances constituées, mais qui se réunissent de manière inégale	26
1.2.2 Une contribution variable à la dynamique de déploiement des GHT, une lourdeur unanimement critiquée ..	28
1.3 ELABORATION, CONTENU ET PORTEE DES PMP : DES SITUATIONS DISPARATES	31
1.3.1 Un calendrier d'élaboration séquencé et serré.....	32
1.3.2 Une élaboration en général hospitalo et médico-centrée, des documents globalement complets et de qualité	33
1.3.3 Des projets dont la portée effective reste inégale	39
1.4 MOBILISATION DES RESSOURCES : UNE ACCELERATION DE LA MUTUALISATION DONT LES IMPACTS RESTENT VARIABLES.....	46
1.4.1 Les moyens médicaux : une projection principalement fondée sur l'appui des CHU, d'établissements support puissants, et de l'ARS.....	46
1.4.2 Les fonctions support : une rationalisation engagée, des perspectives de résultats variables	48
2 CONFRONTÉE A DES OBSTACLES RECURRENTS, LA DYNAMIQUE DE DEPLOIEMENT DES GHT RESTE ENCORE FRAGILE.....	55
2.1 UN CONTEXTE PEU PORTEUR, DES OBSTACLES RECURRENTS	55
2.1.1 Le contexte peu porteur de l'offre de soins.....	55
2.1.2 La lenteur des ajustements institutionnels	62
2.1.3 Une soutenabilité de certains GHT limitée par celle des établissements support et parties financièrement fragiles.....	66
2.1.4 Un suivi à consolider, une évaluation balbutiante.....	68
2.2 UNE DYNAMIQUE A CONFORTER	70
2.2.1 Les ARS : un suivi et un accompagnement des PMP à renforcer	70
2.2.2 Une dynamique inégale de recomposition de l'offre de soins	72
2.2.3 L'incertitude des gains de mutualisation	75
3 CONSOLIDER LES GHT ET RENFORCER LE PREMIER NIVEAU DE RECOURS HOSPITALIER, PUIS EXPLORER LE SCENARIO DE L'ETABLISSEMENT TERRITORIAL DE SANTE.....	79
3.1 LE SOCLE DES GHT : DES AJUSTEMENTS DE PERIMETRE ET DE GOUVERNANCE, UNE VISION GLOBALE DE L'OFFRE DE SOINS, DE NOUVEAUX OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES	79
3.1.1 Un GHT plus agile dans un périmètre cohérent garantissant la coopération et la complémentarité de ses établissements.....	79
3.1.2 Un GHT privilégiant l'accès à des soins gradués et ouvrant sur une recomposition de l'offre de soins	84
3.1.3 Un GHT doté de moyens humains adéquats et mobilisés.....	88
3.1.4 Un GHT consolidé en termes financiers, de programmation et d'évaluation des projets.....	91

3.2 L'AVENIR DES GHT: LA PROXIMITE FONDEE SUR LA SUBSIDIARITE, PUIS UNE CIBLE D'INTEGRATION DANS UNE ENTITE JURIDIQUE UNIQUE.....	94
3.2.1 <i>La nécessité de la proximité : à court terme, un GHT respectueux du principe de subsidiarité</i>	94
3.2.2 <i>L'objectif de l'intégration : à moyen terme, un GHT personne morale unique</i>	98
LETTRE DE MISSION	105
LISTE DES ANNEXES (TOME II).....	107
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	109
SIGLES UTILISES	125

RAPPORT

Introduction

[28] Le présent rapport s'inscrit dans le programme d'activité de l'IGAS pour l'année 2019.

[29] Il établit un bilan d'étape de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), au regard des objectifs qui leur ont été assignés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

[30] Ce bilan d'étape intervient au moment où la loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoit une deuxième phase de déploiement des groupements hospitaliers de territoires, avec l'objectif de poursuivre la territorialisation de l'offre sanitaire et la restructuration de l'offre de soins de proximité. A ce titre, l'émergence d'hôpitaux de proximité, promue par les Pouvoirs Publics, devra s'inscrire dans l'architecture des territoires.

[31] La lettre de mission en date du 16 mai 2019 (cf. Annexe) assignait quatre axes d'exploration à la mission :

- Le périmètre géographique et la composition institutionnelle des GHT ;
- Les modalités d'élaboration, le contenu et la portée des "projets médicaux partagés" (PMP);
- La traduction de ces groupements dans les organisations et dans la mobilisation des ressources hospitalières ;
- Les éléments essentiels de leur gouvernance.

[32] Plus globalement, il était demandé d'apprécier la dynamique de transformation engendrée par la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, ainsi que son incidence sur le service rendu aux populations à travers une nouvelle gradation de l'offre de soins, et de formuler des recommandations permettant de "conjuguer proximité et sécurité des soins, optimisation des ressources hospitalières et qualité de service aux populations".

[33] La présente mission a été confiée à Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, et a bénéficié de la participation du Pr Luc BARRET.

[34] En termes de méthode, le rapport s'appuie notamment sur deux enquêtes diligentées l'une auprès des ARS, l'autre auprès de l'ensemble des GHT, ainsi que sur de nombreux déplacements et entretiens de terrain.

[35] Le questionnaire a été adressé aux 135 GHT constitués⁴. L'IGAS a reçu globalement 121 réponses, dont une seule en provenance des GHT domiens. Le taux de réponse est donc de 90 %, et 92 % s'agissant des GHT métropolitains. Selon les questions, le taux de réponse peut cependant varier – certains GHT n'ayant pas répondu à toutes les questions. Dans l'ensemble du rapport, les réponses sont rapportées soit en données brutes (nombre de réponses), soit en pourcentages calculés à partir des seuls GHT répondants. L'exploitation du questionnaire est, dans sa plus grande partie, présentée en annexe 1 du présent rapport. Les verbatim illustratifs rapportés entre guillemets dans les développements qui suivent sont de la responsabilité de leurs auteurs.

[36] Par ailleurs, la mission s'est déplacée dans l'ensemble des régions métropolitaines à l'exception de la Corse, et a mené ses investigations auprès des ARS et de deux GHT par région, choisis après consultation des directeurs généraux des ARS. Des grilles d'évaluation anonymisées ont été établies, afin d'apprécier de manière consolidée le degré de maturité des GHT, classés *in fine* en trois ensembles homogènes (cf. annexe 2).

[37] Les travaux ont été complétés par un ensemble d'entretiens de synthèse avec les administrations compétentes et les syndicats, conférences, associations et fédérations représentatifs des communautés hospitalières et catégories d'établissements.

[38] Au total, la mission se sera entretenue avec plus de 400 interlocuteurs.

[39] Sur le fond, le rapport présente d'abord (partie 1) des éléments de bilan d'étape de la mise en place des GHT, selon les quatre axes d'analyse rappelés *supra* (périmètre et composition, gouvernance, établissement des projets médicaux partagés, mutualisation de moyens).

[40] Il analyse ensuite les éléments de contexte qui rendent encore fragile leur dynamique de déploiement (partie 2).

[41] Il prolonge enfin ces éléments de constat et analyse par l'exposé de scénarios d'évolution (partie 3) : consolidation de l'existant, dans le cadre légal posé par les deux lois de 2016 et 2019 (scénario tendanciel), puis évolution vers un établissement territorial unique, à conjuguer en toute hypothèse, avec une offre de soins de proximité articulant l'ambulatoire, le médico-social et le premier niveau de gradation des soins hospitaliers.

⁴ Le questionnaire a été adressé aux directions des établissements support des GHT. Il n'a pas été choisi d'adresser le questionnaire de manière plus large aux établissements parties – 595 établissements de santé ayant une activité de MCO (source base Diamant) parties aux GHT, sans compter les établissements médico-sociaux et les établissements hospitaliers sans activité MCO, notamment pour obtenir une réponse unique par GHT. Certains GHT ont pu associer des établissements parties aux réponses transmises. Par ailleurs, au cours de ses déplacements, l'IGAS a veillé à entendre de manière systématique des représentants des établissements parties, ainsi que de l'ensemble des communautés hospitalières.

1 Dans un cadre institutionnel inabouti, les GHT font progresser des mutualisations avec des projets médicaux désormais partagés

1.1 Périmètre et composition : un pragmatisme de construction qui n'évite pas certaines inadéquations

[42] Depuis la promulgation de la loi de janvier 2016, un calendrier volontariste a permis d'installer les GHT au 1^{er} juillet 2016, sur décision des directeurs d'ARS. A la date de rédaction du présent rapport, ils sont théoriquement au nombre de 136⁵. Néanmoins, les établissements constitutifs de deux GHT ont fusionné⁶, ne laissant subsister qu'un établissement unique au sein des « GHT » 77 nord et Paris Psychiatrie et Neurosciences⁷. Le GHT psy Doubs-Jura (EPSM Novillars et Dole Saint Ylié) est par ailleurs supprimé au 1^{er} janvier 2020 par rattachement des deux établissements au GHT Centre Franche-Comté.

[43] Les 136 GHT théoriques sont ainsi répartis sur le territoire national et par région.

Carte 1 : Répartition des GHT sur le territoire national



Source : Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières (2018)

⁵ En janvier 2019, un 136^{ème} GHT a été créé en Guyane constitué des trois établissements publics de santé du territoire

⁶ Fusion de 4 établissements : GHT 77 nord (Meaux, Marne la Vallée, Coulommiers, Jouarre) et de 3 établissements : GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences (CH Ste Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse)

⁷ La fusion des 4 établissements du GHT Nord Ardennes (Charleville-Mézières, Sedan, Fumay, Nouzonville) a également été annoncée pour 2020

1.1.1 Une grande hétérogénéité de périmètres

[44] Le GHT constitue un dispositif de coopération obligatoire qui s'impose, sauf dérogation, à tout établissement public de santé. Si les notions d'établissements parties, associés ou partenaires d'un GHT sont précisément définies par les textes en vigueur (*cf. infra* 112), il n'en est pas de même pour celle de « périmètre », qui reste imprécise.

[45] Celui-ci peut correspondre, de manière organique, à la liste des établissements parties au GHT et, de manière géographique, aux zones d'attractivité cumulées de ces établissements, sans identité automatique avec les circonscriptions de collectivités locales, les territoires de démocratie sanitaire, les communautés psychiatriques de territoire ou les zones d'intervention des établissements d'HAD.

1.1.1.1 Les critères de regroupement utilisés

[46] Le périmètre des GHT devait tenir compte des objectifs assignés aux groupements⁸, notamment l'accès à une offre de soins de proximité, de référence et de recours.

[47] Les prestations spécialisées dites de référence relèvent des niveaux régionaux ou interrégionaux. Par différence, l'offre hospitalière de proximité et de recours est celle que tous les GHT doivent *a priori* rassembler et mettre à disposition des patients. Ce premier critère devait conduire à une composition minimale du GHT en termes d'offre de soins⁹, sans préjudice de soins de référence qui peuvent évidemment être disponibles dans certains GHT comprenant un CHU.

[48] Le critère de proximité géographique, appuyé sur l'analyse des flux traditionnels de patients et des bassins de population, devait par ailleurs inciter à limiter les distances et temps d'accès aux différents établissements, notamment à l'établissement support.

[49] La création des GHT a résulté d'une concertation menée par les ARS, notamment avec les élus locaux et les représentants du secteur hospitalier public, qui a permis de tenir compte d'autres critères de définition des périmètres : existence de coopérations antérieures entre établissements, coïncidence éventuelle avec les territoires de démocratie sanitaire, prégnance des découpages administratifs existants, essentiellement départementaux, facilités ou difficultés de coexistence entre certains établissements...

[50] S'agissant des facteurs historiques de coopération entre établissements, on relève au sein des GHT, le nombre élevé de CHT, de GCS de moyens, de conventions de coopérations, d'établissements en direction commune, voire fusionnés, préexistants à leur création¹⁰.

⁸ Aux termes des articles L 6132-1, 2 et 3 CSP, le GHT permet aux établissements qui en sont membres de mettre en œuvre une « stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et qualité ». Le projet médical partagé garantit « une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours » et, aux termes du décret d'application (R 6132-3) il comprend « l'organisation par filière d'une offre de soins graduée » et « les principes d'organisation au sein de chaque filière ».

⁹ L'offre de soins des hôpitaux de proximité est désormais précisée par la loi du 24 juillet 2019 (Art. L. 6111-3-1 CSP). L'offre hospitalière de recours doit *a priori* être disponible au niveau du GHT et proposer une prise en charge des urgences, disposer d'un plateau technique 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales (hors chirurgies spécialisées), pour l'obstétrique, les spécialités interventionnelles et l'imagerie ; en psychiatrie, on doit trouver à ce niveau les capacités d'hospitalisation complète, la présence psychiatrique aux urgences, les centres d'accueil et de crise.

¹⁰ Une CHT préexistait sur le territoire de 53 % des GHT répondant à l'enquête IGAS. Un ou plusieurs GCS de moyens préexistaient pour près de 84 % des GHT répondant. Un ou plusieurs GCS établissements de santé préexistaient dans 14 % des GHT répondant. Dans près de 42 % des GHT répondant, on note l'existence préalable d'établissements fusionnés, et dans 76 % d'établissements en direction commune. Des conventions de coopérations existaient entre établissements, pour plus de 92 % des GHT répondant.

Le GHT Atlantique 17

« Le Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17 réunit l'ensemble des établissements publics du Nord Charente-Maritime. Le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17 marque la volonté de l'ensemble des établissements publics de santé et médico-sociaux du territoire de santé du Nord Charente-Maritime de poursuivre la dynamique de la coopération. Il s'appuie sur un socle solide constitué de l'ensemble des actions communes mises en œuvre à partir de 2008 entre les hôpitaux de La Rochelle et Rochefort, puis entre l'ensemble des établissements de la communauté à compter de la création de la Communauté Hospitalière de Territoire en septembre 2011. Ces actions communes ont permis la construction d'un langage et d'une culture partagés. »

Source : Enquête IGAS

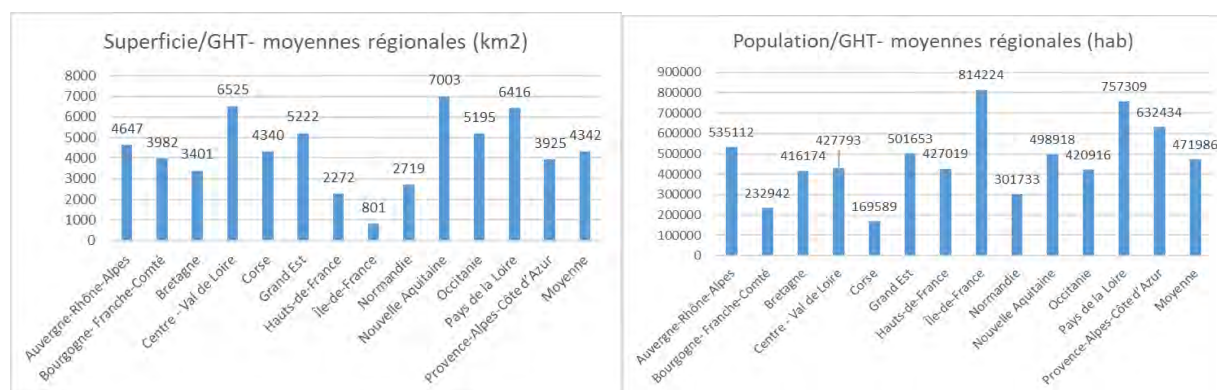
1.1.1.2 Les différents types de GHT au regard des périmètres retenus

- Les caractéristiques géographiques des GHT apparaissent très diverses selon les régions.

[51] Le GHT métropolitain moyen couvre une population de 472 000 habitants pour une superficie de 4340 km².

[52] La dispersion autour de la moyenne est cependant très importante. Les GHT Franciliens sont ainsi à la fois les plus peuplés et les plus faibles en superficie, suivis par les GHT des Pays de la Loire. Les deux GHT corses sont les moins peuplés, mais sont de superficie assez élevée. Les GHT de PACA couvrent des populations moyennes importantes sur des superficies inférieures à la moyenne. Les GHT normands sont à la fois peu étendus et peu peuplés.

Graphique 1 : Superficie et population moyennes des GHT par région



Source : Insee et Ined (2019) calculs IGAS

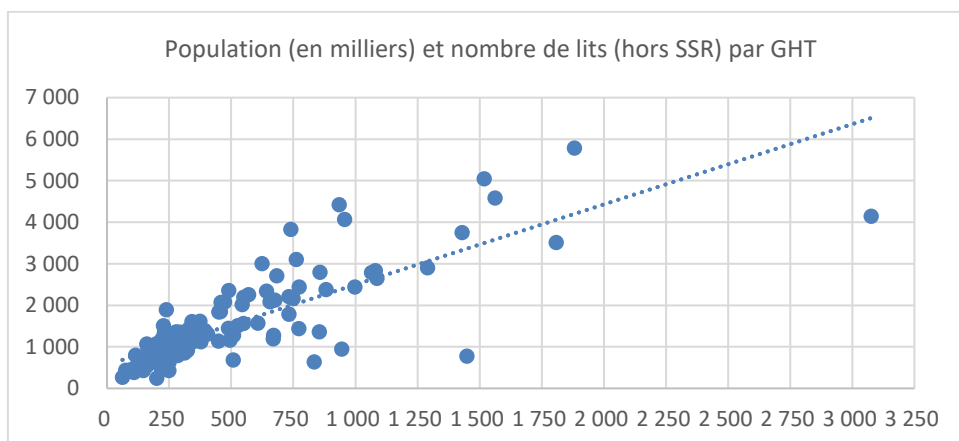
[53] Au total, le paysage des GHT apparaît très diversifié en termes de population couverte, de distance à l'établissement support et de caractéristiques territoriales :

- Près de la moitié des GHT couvrent de 200 à 500 000 habitants, 37 % plus de 500 000, 15 % moins de 200 000.
- S'agissant des territoires couverts, 29 % des GHT répondant à l'enquête de l'IGAS affirment appartenir à un territoire rural, 6 % à un territoire urbain et 62 % à un territoire mixte.
- Pour 14 % des GHT, la distance moyenne des établissements parties à l'établissement support est supérieure à 60 km, pour 23 % elle est inférieure à 30km, pour 58 % elle est intermédiaire.

- Pour autant, une certaine cohérence est observable entre la population couverte par les GHT et l'offre de soins qu'ils proposent

[54] Ainsi, le ratio nombre de lits/population par GHT métropolitain répond à une certaine linéarité de distribution¹¹.

Graphique 2 : Ratio lits/population couverte par GHT métropolitain



Source : Données DGOS 2017, traitement mission (abscisse : population)

- Les découpages retenus font apparaître des périmètres de GHT très hétérogènes.

[55] Selon les régions, les situations peuvent être diverses. Certaines ARS ont ainsi privilégié le recoupement avec les territoires de démocratie sanitaire (Bretagne), d'autres le découpage départemental. C'est le cas par exemple des régions Centre Val de Loire, PACA, ou Pays de la Loire.

Carte 2 : GHT de la région Pays de la Loire



Source : ARS PdL

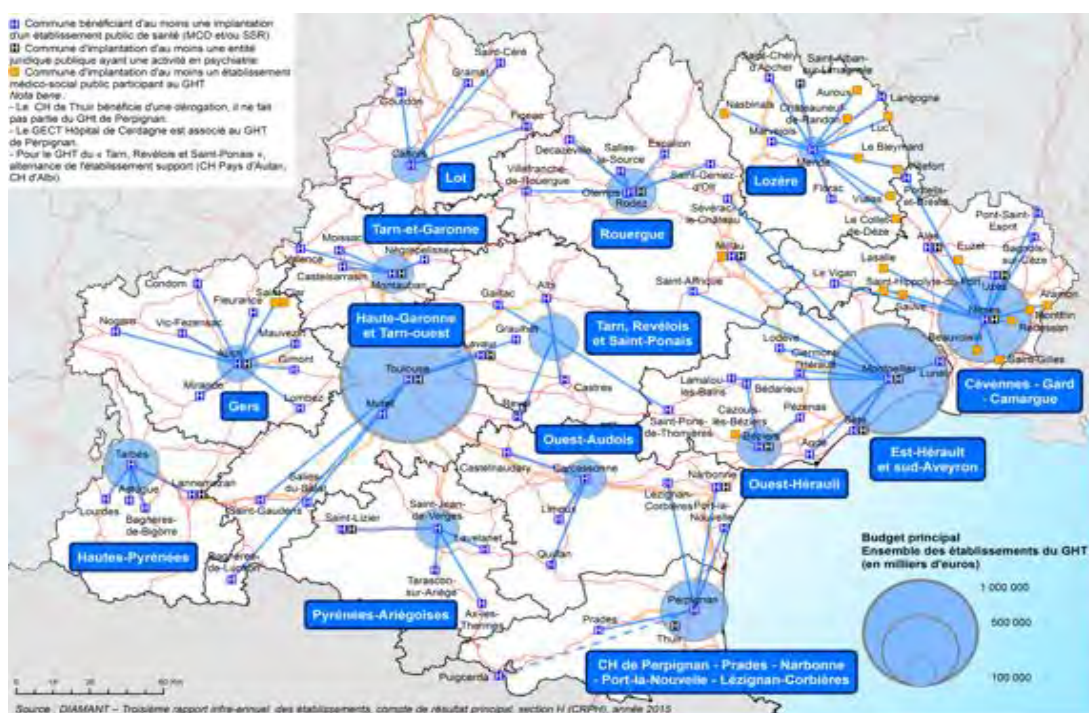
¹¹ La notion de population desservie par un GHT utilisée dans les fiches de présentation des GHT de la DGOS est sujette à caution, les GHT ne représentant pas un territoire délimité à la manière d'une circonscription administrative. Par ailleurs, la répartition présente un certain nombre de points atypiques qui s'expliquent au cas par cas : faiblesse ou au contraire forte représentation de l'offre hospitalière publique dans certains GHT, absence d'intégration de l'APHP pour certains GHT de la couronne parisienne, disparités historiques de l'offre selon les régions...

[56] La majorité des ARS n'a pas hésité à arrêter des périmètres spécifiques, comme c'est le cas en Occitanie : y coexistent des GHT départementaux (Gers, Tarn et Garonne, Ariège, Lot...), certains qui recoupent les territoires de plusieurs départements en tenant compte particulièrement d'une analyse des flux de patients (Tarn, Revelois et Saint Ponais, qui recoupe 3 départements, est Hérault sud Aveyron, Pyrénées orientales qui débordent sur l'Aude, Cévennes Gard Camargue sur la Lozère) et d'autres enfin de périmètre infra départemental (Ouest audois, Ouest Hérault, Rouergue...).

[57] De même, en Nouvelle Aquitaine, la majorité des GHT sont départementaux, mais le GHT Limousin regroupe 3 départements, et deux départements, Charente-Maritime et Pyrénées Atlantiques, ont été scindés en deux GHT, pour des raisons liées à l'existence de bassins de populations assez distincts et suffisamment importants, comportant chacun un établissement MCO de forte capacité (respectivement Atlantique 17-La Rochelle/Saintonge-Saintes et Navarre Côte Basque-Bayonne/Béarn Soule-Pau).

[58] Au total, près de 40 % des GHT ont un périmètre infra départemental, 30 % un périmètre départemental, 30 % un périmètre supra départemental¹².

Carte 3 : GHT de la région Occitanie



Source : ARS Occitanie

¹² Voir annexe ; on a retenu ici une définition strictement administrative du périmètre (un GHT départemental est ainsi celui qui rassemble tous les établissements d'un même département, un GHT infra départemental celui qui n'en comprend qu'une partie, un GHT supra départemental, celui qui couvre des établissements de plusieurs départements) et non en termes de zone géographique d'influence.

1.1.2 Des compositions institutionnelles très diverses

Tableau 1 : Les parties prenantes du GHT

Acteurs du GHT	Partie	Associé	Partenaire
EP de santé >Dont CHU >Dont EPSM	Obligatoire	>Obligatoire >Facultatif	
EP médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Hospitalisation à domicile	Obligatoire si public	Obligatoire	
Etablissements de santé privés			Facultatif

Source : Mission, d'après vade-mecum des GHT, DGOS

[59] Aux termes des textes applicables, tout établissement de santé public (y compris les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile) est partie à un GHT. Les établissements ou services médico-sociaux publics, dans le champ de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, peuvent également être partie à un groupement.

[60] Tous les GHT s'associent à un CHU dans le cadre d'une convention d'association et pour l'élaboration de leur PMP. Bien entendu les CHU sont également établissements parties, et toujours support, de leur propre GHT. Par ailleurs, des EPSM qui n'en seraient pas partie peuvent être associés à l'élaboration du projet médical partagé d'un GHT, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire (CPT). Enfin, les hôpitaux d'instruction des armées (HIA), sur double autorisation du directeur général de l'ARS et du ministère de la Défense peuvent être associés à un GHT.

[61] Des partenariats peuvent également être établis avec les établissements de santé privés.

1.1.2.1 Le nombre et les différents types d'établissements parties

- Le nombre d'établissements parties est très variable selon les GHT.

[62] Les GHT sont composés de deux¹³ à vingt établissements, une majorité comprenant moins de sept établissements¹⁴. De nombreux GHT ne comptent que deux établissements parties¹⁵. Le GHT du Cotentin ne comprend qu'un CH et 2 Ehpad, de même que le GHT de Haute Saône ; le GHT sud Côte d'or est dans une situation semblable (Centre hospitalier de Beaune et 4 Ehpad), de même que trois

¹³ L'établissement unique résultant de la fusion de plusieurs établissements qui constituaient un GHT ne devrait plus être considéré comme un GHT mais comme établissement en dérogation. Cependant, il peut apparaître opportun, au moins temporairement, que l'ARS concernée continue à l'associer comme GHT aux travaux de suivi et accompagnement qu'elle effectue, et qu'elle accepte également ses réponses dans le cadre des appels à projets lancés.

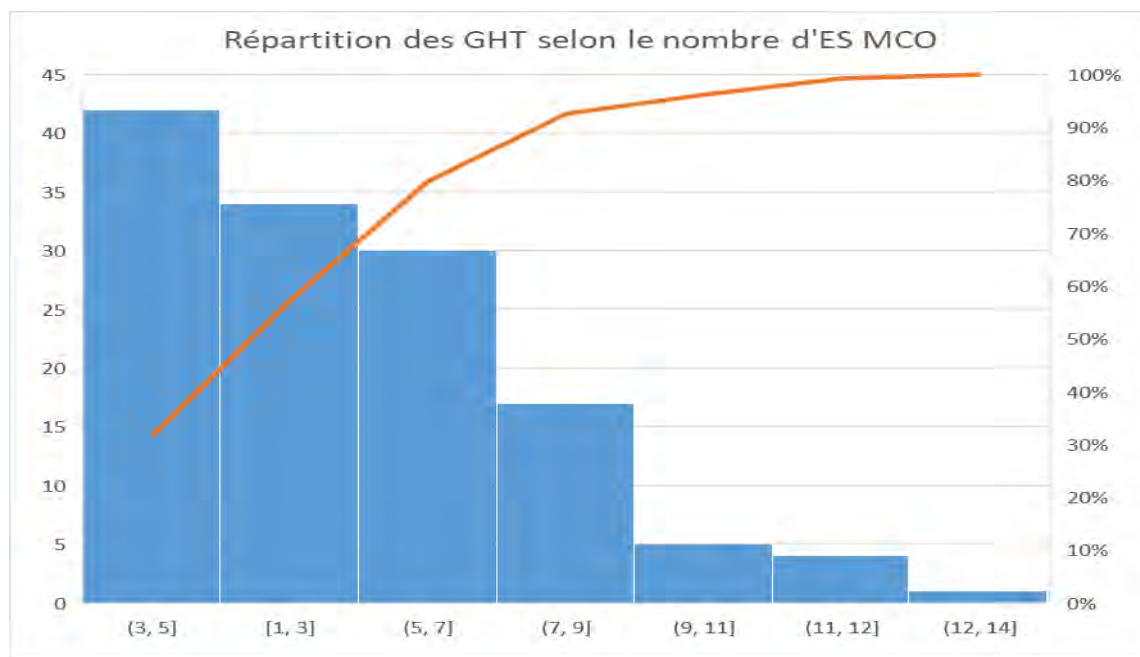
¹⁴ 54 % des GHT répondant à l'enquête IGAS sont composés de moins de 7 établissements, 10 % de 13 établissements ou plus, 36 % de 7 à 12 établissements. Dans 60 % des GHT répondant, on trouve au plus trois établissements MCO.

¹⁵ Saphir (Aisne sud), Douaisis, Navarre Côte basque, Nord Essonne, 94 nord, 94 est, 93/95, 77 sud, Psy Doubs Jura, Nord Franche Comté, Iles du nord (St Martin et St Barthélémy) ... ; ce sera également le cas du GHT de la Vienne après la fusion du GH Nord Vienne et du CHU Poitiers annoncée pour 2021.

GHT des Hauts de France, qui ne comprennent qu'un seul établissement MCO. A l'autre extrême, 18 GHT comptent plus de 10 établissements parties¹⁶.

[63] Le nombre d'établissements de santé MCO par GHT varie de 1 à 14 et répond à la répartition suivante.

Graphique 3 : Etablissements MCO, répartition par GHT France entière



Source : Base Diamant, traitement mission (lecture : échelle de gauche en nombre d'établissements ; échelle de droite en % ; la courbe indique le cumul des effectifs par tranche, en %)

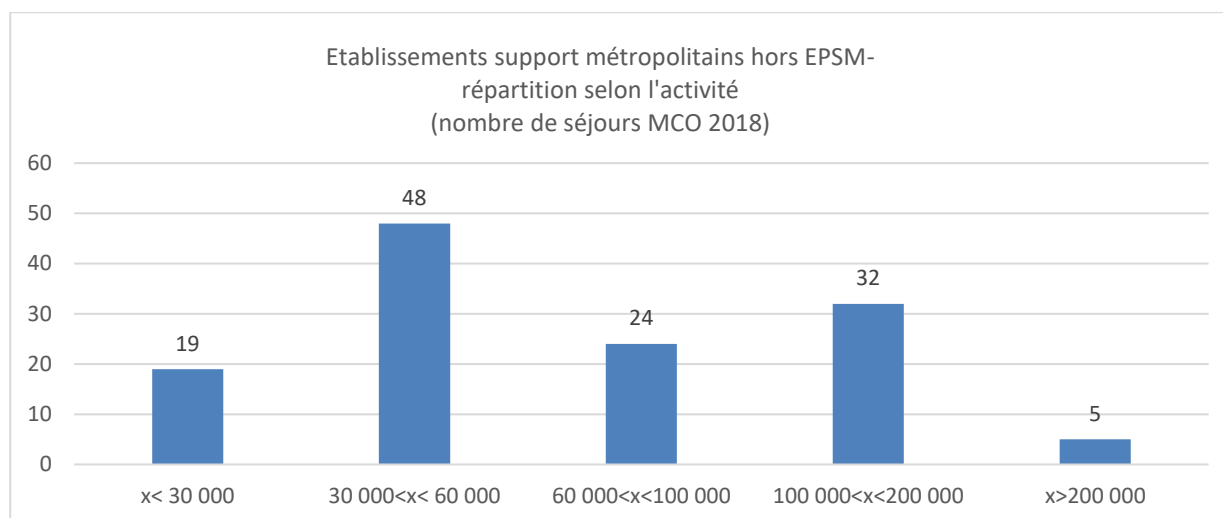
[64] La mission, sans avoir rencontré de configuration de GHT garantissant en elle-même l'atteinte des objectifs rappelés *supra*, s'interroge néanmoins sur les limites inhérentes aux GHT qui comprennent beaucoup d'établissements, et à ceux qui n'en comptent que quelques-uns. Les premiers peuvent être plus difficiles à gouverner ou nécessiter des adaptations de gouvernance spécifiques. Les seconds peuvent ne pas atteindre la masse critique en termes de moyens médicaux notamment, pour proposer une offre de proximité et de recours adaptée.

- Toutes les catégories d'établissements parties sont représentées dans les GHT constitués.

[65] C'est évidemment le cas de tous établissements MCO, sauf dérogation ponctuelle. Ceux-ci sont de taille et activité très variables.

¹⁶ Les GHT Cévennes, Gard, Camargue et Lozère comptent 17 établissements, le GHT Limousin comprend 19 établissements, le GHT Loire 20.

Graphique 4 : Activité des établissements support



Source : Base diamant (exploitation mission)

[66] Certains établissements parties peuvent être de capacité supérieure à des établissements support d'autres GHT. A titre illustratif, on compte une vingtaine d'établissements parties (non support) dont l'activité se situe au-delà de 30 000 séjours MCO en 2018, supérieure à celle de 19 établissements support.

[67] L'intégration des établissements psychiatriques a pu se heurter à des oppositions (voir *infra* 1131 et 3122); cependant, elle apparaît aujourd'hui, sauf exception (cf. *infra* 1131), largement finalisée¹⁷, avec 68 EPSM¹⁸ intégrés dans des GHT.

[68] S'agissant des établissements publics médico-sociaux, leur intégration aux GHT reste marginale¹⁹. Il s'agit presque systématiquement d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Un mouvement d'intégration est cependant perceptible dans certains GHT²⁰.

1.1.2.2 La place des CHU, établissements support et établissements associés

[69] L'établissement support de 30 GHT est constitué d'un CHU ou un CHR (Orléans et Metz-Thionville), l'AP-HP ne constituant pas un GHT. Le CHU de la Martinique est associé mais pas intégré au GHT.

[70] Les CHU sont systématiquement établissements support²¹ de leur GHT d'appartenance, ce qui paraît adapté au regard de l'importance des moyens dont ils disposent. Ces GHT apparaissent logiquement comme les plus importants²² en termes d'activité.

¹⁷ Un EPSM est présent au sein de 48 % des GHT répondant à l'enquête IGAS.

¹⁸ Avant fusion des 3 établissements du GHT Paris psychiatrie et neurosciences

¹⁹ On en trouve dans 24 GHT, seuls quelques-uns d'entre eux en comptant un nombre significatif (12 dans le GHT Touraine, 9 dans le GHT Cévennes Gard Camargue, 8 dans le GHT Lozère, 6 dans le GHT Champagne...). Au total, moins de 1 % des Ehpad publics sont intégrés à un GHT

²⁰ Le GHT gériatrique du Cotentin et le GHT Touraine intègrent de nouveaux Ehpad.

²¹ L'établissement support est désigné dans la convention constitutive du GHT ; il est chargé de mettre en œuvre certaines fonctions pour le compte de l'ensemble des établissements parties.

²² En termes d'activité, 5 sur 30 réalisent plus de 1 Million de journées MCO, 7 entre 600 000 et 1 Million, 17 entre 400 et 600 000 ; seul le GHT de Guadeloupe ressort avec une activité inférieure de l'ordre de 220 000 journées MCO.

[71] Par ailleurs les CHU sont associés aux GHT de leur subdivision universitaire, afin d'assurer quatre missions essentielles, offre de soins de référence et le cas échéant de recours lorsqu'elle n'est pas disponible au sein d'un GHT associé, recherche, formation (notamment par un maillage adapté en terrains de stage) et gestion de la démographie médicale (par une analyse partagée des besoins et des ressources prévisionnelles, et le développement par exemple, de postes partagés). Les conventions d'association ont été systématiquement conclues.

1.1.2.3 Les associations et partenariats

[72] Les huit hôpitaux d'instruction des armées sont pour six d'entre eux associés à un GHT. L'HIA Percy à Clamart n'est cependant pas signataire d'une convention d'association, les opportunités de coopération médicale étant limitées dans son environnement²³. De même, l'HIA Robert Picqué à Bordeaux n'est pas associé au GHT Alliance de Gironde²⁴.

[73] Les établissements privés assurant une activité d'HAD sont théoriquement obligatoirement associés à un GHT pour l'élaboration du PMP²⁵. En pratique, il semble que l'association ne soit pas systématique, y compris après demande des établissements d'HAD concernés²⁶.

[74] Le partenariat avec des établissements de santé privés, avec ou sans but lucratif est facultatif. Les conditions de maintien voire de développement des partenariats public-privé ont été précisées dans un court guide du ministère de la santé²⁷. Ce type d'association concerne la moitié des GHT pour les ESPIC²⁸ et les centres de lutte contre le cancer (CLCC)²⁹, et un tiers pour les établissements à but lucratif³⁰. La mission a pu noter dans certaines régions un mouvement de repli par rapport au secteur privé, peut-être temporaire, et lié aux travaux très mobilisateurs de constitution des groupements publics, mais peut-être également structurel, en relation avec des conditions concurrentielles qui se tendent. La Fédération de l'hospitalisation privée et la FEHAP sont porteuses d'un message d'alerte sur ce point.

²³ L'HIA Percy a néanmoins été associé au projet médical du GHT Psy Paris Sud.

²⁴ L'HIA Robert Picqué entretient néanmoins quelques coopérations directes avec le CHU de Bordeaux et a créé un GCS avec la Maison de santé protestante de Bagatelle (espic) dans le cadre d'un projet de regroupement d'activités sur un site unique et de mutualisation d'une partie des équipes médicales et soignantes.

²⁵ 38 % des GHT répondant sont associés à des établissements privés gérant des services d'HAD en moyenne 1,4 par GHT mais jusqu'à 4 (Est Hérault et Sud Aveyron).

²⁶ Selon une enquête de la FNEHAD, 54 % des établissements autonomes d'HAD sont associés à un GHT, 30 % ne le sont pas malgré une demande, 9 % ne le sont pas mais n'ont pas présenté de demande. (cf. *infra* 1321)

²⁷ « GHT, associations et partenariats avec le privé : 12 questions et points clefs », janvier 2017

²⁸ Dans 47 % des GHT répondant à l'enquête IGAS, un partenariat avec au moins un établissement de santé d'intérêt collectif est établi, en moyenne 2,2 par GHT mais jusqu'à 4 (Alpes Maritimes), 5 (Sud Bretagne) 6 (Touraine Val de Loire) 7 (Yvelines sud) 8 (Oise sud) et même 10 (Moselle est).

²⁹ S'agissant des CLCC, une convention de partenariat préexistait avec les CHU concernés, dans la grande majorité des situations

³⁰ Dans 32 % des GHT répondant à l'enquête IGAS, un partenariat est établi avec au moins un établissement privé à but lucratif, soit en moyenne avec 2,2 établissements par GHT concerné, mais jusqu'à 5 (Léman, Touraine Val de Loire, GHT Perpignan et al.)

Les coopérations³¹ avec des cliniques privées

60 GHT déclarent coopérer avec des cliniques privées, 59 n'ont pas de coopérations (119 réponses à la question). Le positionnement des GHT est très variable en fonction des situations locales. Les coopérations sont parfois antérieures à la création des GHT et prennent diverses formes :

- Partage de locaux (GHT Cher, Marne Haute-Marne Meuse) ; un service SSR (GHT Nord Yonne), des blocs opératoires (GHT Jura, Cotentin) ;
- Autorisations conjointes (GHT Nord Dauphiné),
- Des activités (GHT Rance Emeraude, Champagne, Sud Lorraine, Pyrénées ariégeoises, Saintonge) notamment dans le domaine de la permanence des soins (GHT Léman Mont-Blanc Brocéliande Atlantique, 77 Sud),
- GCS ou GIE ou en sont devenus membres en imagerie notamment (GHT Haute-Loire, Léman Mont-Blanc Haute-Saône Cantal Armor).

Quelques cliniques ont été intégrées au GHT comme membre associé (GHT Aube et Sézannais, Caux Maritime, Oise Sud) ou associées par des conventions de partenariat (GHT 94 Est, 78 Yvelines Sud, 78 Yvelines Nord) notamment avec les Centres de Luttés contre le Cancer (GHT Haute Bretagne, Oise ouest et Vexin, Oise Nord Est). Certains veulent faire évoluer les conventions préexistantes en conventions territoriales (GHT Haute Bretagne).

Source : Enquête IGAS

1.1.3 Les situations atypiques voire problématiques

1.1.3.1 Les établissements en dérogation³² et les GHT spécialisés en psychiatrie

[75] On compte au total 19 établissements en dérogation, dont un CHU et 11 EPSM.

- Les établissements MCO en dérogation restent peu nombreux

[76] Les directeurs généraux des ARS ont été amenés à accorder quelques dérogations à l'inclusion d'établissements dans des GHT. La plus significative concerne le CHU de la Martinique, le GHT restant rassemblant 3 CH et 4 EPSMS, pour une activité MCO et SSR limitée.

[77] En région Ile de France, les dérogations ont été accordées au Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts, en raison de sa spécialisation en ophtalmologie et d'un rayonnement régional et national ; à l'établissement public de santé national (EPSN) de Fresnes, hôpital pénitentiaire, en raison de la spécificité des populations prises en charge et, de manière provisoire, au Centre hospitalier de Provins, en raison de son isolement géographique³³.

[78] On note encore quatre dérogations concernant des établissements situés outre-mer³⁴.

³¹ La notion de coopération avec un établissement privé est plus large que celle de « partenariat » avec un GHT ; le nombre de réponses mentionnant l'existence d'une coopération est logiquement plus élevé que le nombre de partenariats.

³² Art. R. 6132-7.CSP-La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins.

³³ Source ARS IdF ; un GHT dont le CH de Provins sera établissement support est en cours de constitution avec les établissements médico-sociaux du territoire.

³⁴ CHI le Lorrain et CH Nord Caraïbe en Martinique, CH de Mayotte, CH de St Pierre et Miquelon

- Le secteur psychiatrique a obtenu des dérogations, en résorption progressive

[79] Sur les treize EPSM ayant obtenu une dérogation en juillet 2016, deux ont été depuis intégrés à un GHT³⁵. Les dérogations accordées l'ont été pour une durée déterminée (en général cinq ans), sauf pour l'EPSM de Ville Evrard.

[80] Plus largement, on note que certains GHT sont composés exclusivement d'EPSM : Psy Doubs Jura³⁶, Psy 59/62, Psy Paris sud, Paris psy neuro sciences³⁷. L'un d'entre eux disparaît au 1^{er} janvier 2020, les établissements constitutifs d'un autre ont fusionné. Au regard des objectifs assignés aux GHT, la mission note que cette composition singulière ne permet, par définition, que de traiter une seule filière de soins (voir *infra* 2132).

Le GHT Paris – Psychiatrie & Neurosciences

« Le GHT a été créé par le Centre hospitalier Sainte-Anne, l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche et le Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse. Il a succédé à la Communauté hospitalière de Territoire pour la psychiatrie parisienne, créée le 26 mars 2013 et qui rassemblait (notamment) ces trois hôpitaux en qualité de membres fondateurs. Deux particularités du GHT Paris doivent être soulignées :

- Il rassemblait exclusivement des établissements spécialisés en psychiatrie et neurosciences.
- La coopération entre les trois établissements était historique et bien antérieure aux GHT, avec la mise en place d'une communauté d'établissements en 2002 et la création de la CHT en 2013.

Dès 2013, les établissements ont déployé de nombreux outils de coopération hospitalière pour faciliter les collaborations et les mutualisations au service du projet médical de l'ancienne CHT. La mise en œuvre du GHT a ainsi été considérablement favorisée par les liens étroits entre les trois hôpitaux. Le GHT Paris psychiatrie & neurosciences a disparu au 1^{er} janvier 2019 avec la création du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, par la procédure de fusion-crétion. La fusion des trois établissements a permis l'achèvement des mutualisations et de la mise en place des directions uniques, initiées en 2014. »

Source : Enquête IGAS

1.1.3.2 Les GHT de taille et composition atypique

[81] Deux catégories de situations méritent d'être relevées (voir *infra* 2132) :

- Les GHT de faible dimension ou composés de très peu d'établissements.

[82] A titre illustratif, on peut citer le GHT Centre Bretagne³⁸, le GHT Centre Manche³⁹, le GHT sud Côte d'or⁴⁰ ; et parmi les GHT ne comprenant qu'un seul établissement MCO, le GHT Nord Manche (CH Cherbourg), le GHT Val de Seine et Plateaux de l'Eure (CH Elbeuf-Louviers), le GHT Oise sud (GHPSO Creil), le GHT Oise nord-est (CH de Compiègne).

³⁵ Les CH Camille Claudel (Charentes) et Henri Laborit (Vienne) ont intégré des GHT en 2018. Restent en situation dérogatoire 11 EPSM: Hôpital départemental de Castelluccio (Corse du sud) ; EPSM de Ville Evrard (Seine Saint-Denis) ; EPSM de Thuir (Pyrénées-Orientales) ; EPSM départemental de l'Aisne (Prémontré) ; Centre hospitalier de Clermont de l'Oise (Oise) ; Centre hospitalier de Montfavet (Avignon) ; CH du Vinatier (Bron) ; CH Guillaume Rénier (Rennes) ; CHS Monterran (Guadeloupe) ; EPS Barthélémy Durand (Etampes) ; CHS Maurice Despinoy (Fort de France)

³⁶ Dont les deux établissements sont intégrés au GHT voisin au 1^{er} janvier 2020. Le GHT disparaît donc.

³⁷ Dont les trois établissements ont fusionné.

³⁸ CH de Pontivy et Guéméné-Scorff, activité 23676 séjours MCO en 2018

³⁹ CH de Saint-Lô et deux HL Coutances et Carentan, activité 33982 séjours MCO en 2018

⁴⁰ CH de Beaune et quatre Ehpad, 14235 séjours MCO en 2018

- Les GHT dont la logique de fonctionnement s'avère complexe.

[83] La mission note en particulier la situation de certains GHT dont les flux internes de patients sont faibles, compte tenu de contraintes géographiques, d'absence de tradition de collaboration, ou de l'attraction exercée par des GHT limitrophes puissants : par exemple, le GHT Tarn-revélois-saint ponais⁴¹, le GHT des Vosges, et dans une moindre mesure, le GHT du Loiret.

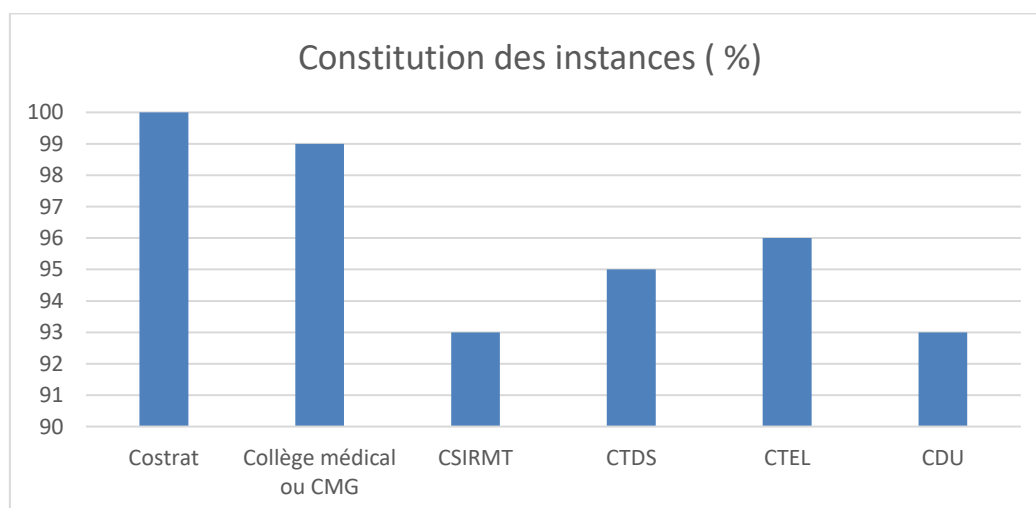
1.2 Gouvernance : une dynamique inégale des instances

1.2.1 Des instances constituées, mais qui se réunissent de manière inégale

1.2.1.1 Sauf exception, les instances des GHT sont constituées

[84] L'enquête diligentée par l'IGAS donne des résultats rassurants s'agissant de la constitution des instances de GHT. Les comités stratégiques sont systématiquement constitués. Les collèges médicaux ou Commissions médicales de groupement également, les CMG représentant 20 % des instances médicales. Les CSIRMT et CDU sont légèrement en retrait avec 93 % de taux de constitution.

Graphique 5 : Constitution des instances de GHT



Source : Enquête IGAS

1.2.1.2 Les instances se réunissent de manière inégale

[85] Le comité stratégique apparaît comme l'instance la plus réunie⁴², où la participation est la plus élevée. Des réunions intermédiaires et préparatoires de bureaux paraissent fréquentes dans les GHT dont le fonctionnement a été analysé par la mission.

⁴¹ Au surplus, la convention constitutive du GHT prévoit, de manière très atypique, une alternance d'établissement support entre les CH de Castres et Albi.

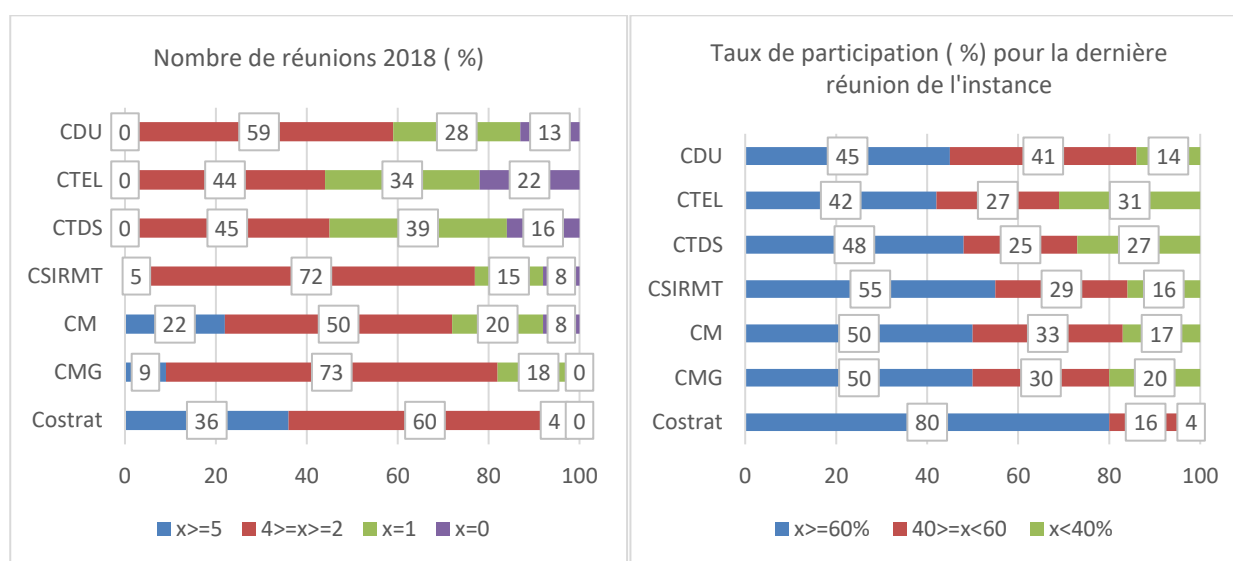
⁴² Dans 96 % des GHT répondant à l'enquête IGAS, il s'est réuni plus de deux fois en 2018

[86] Le collège médical et la commission médicale de groupement sont fréquemment réunis⁴³, même si le collège médical ne l'a pas été dans 8 % des GHT. Les taux de participation sont cependant largement inférieurs à ceux des costrat.

[87] La CSIRMT est proche des instances médicales en nombre de réunions et en taux de participation.

[88] La commission territoriale de dialogue social, le comité territorial des élus locaux et la commission des usagers se réunissent moins fréquemment, et pas du tout pour respectivement 16, 22 et 13 % des GHT répondant. Le taux de participation est également globalement plus faible que pour les trois premières instances examinées.

Graphique 6 : Nombre de réunions et taux de participation aux instances de GHT



Source : Enquête IGAS-

Lecture : dans 59 % des GHT répondant, les CDU ont été réunis de 2 à 4 fois, dans 28 % 1 fois, dans 13 %, ils n'ont pas été réunis ; Dans 45 % des GHT répondant où les CDU ont été réunis, le taux de participation (présents/participants théoriques) à la dernière réunion était supérieur à 60 %, dans 14 % des GHT, il était inférieur à 40 %, dans 41 % des GHT, il était intermédiaire.

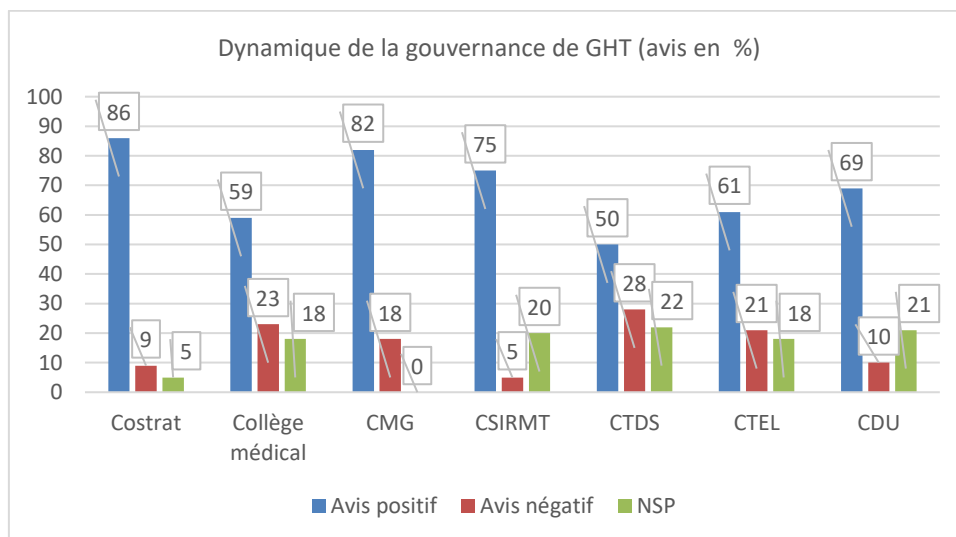
CM (collège médical) - CMG (commission médicale de groupement)

⁴³ Respectivement 72 et 81 % de GHT les ont réunis plus de deux fois en 2018

1.2.2 Une contribution variable à la dynamique de déploiement des GHT, une lourdeur unanimement critiquée

[89] Les directions des établissements support de GHT répondant à l'enquête de l'IGAS ont apprécié ainsi l'apport des différentes instances à la dynamique de constitution des groupements.

Graphique 7 : Apport des instances de GHT à la dynamique de déploiement



Source : Enquête IGAS- sondage auprès des directions des établissements support

[90] Elles soulignent de manière unanime la lourdeur des instances de GHT qui se superposent à celles des établissements parties sans substitution de compétences. S'agissant du Costrat et du collège médical, cette lourdeur confine parfois au formalisme et conduit à mettre en place des bureaux restreints chargés d'en préparer les travaux.

GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes : appréciation sur la lourdeur des instances

« Le millefeuille des instances - entre celles des établissements, du GHT, des structures de coopération GCS, devient un challenge quotidien pour les équipes de direction et la gouvernance sans pour autant apporter le climat de confiance que confère la proximité (les professionnels ont nettement la sensation que la gouvernance s'éloigne de leurs préoccupations et de leur vécu). Cet éloignement, réel ou ressenti - ne contribue pas à la qualité du dialogue social dans une période en forte demande de démocratie directe. »

Source : Enquête IGAS

1.2.2.1 Costrat, collège médical et CSIRMT: les instances clefs

- Le comité stratégique : l'instance motrice et mobilisatrice

[91] Réunissant les directeurs, présidents de CME et de CSIRMT des établissements parties, il permet ainsi la représentation des trois communautés hospitalières principales ; le président du collège médical (ou de la commission médicale de groupement), le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire (DIMT) et, lorsqu'un CHU est partie au GHT, le directeur de l'Unité de formation et de recherche médicale en sont membres de droit. « Chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé » du GHT, le comité

stratégique en apparaît comme l'instance centrale. Elle est clairement reconnue comme telle par les acteurs du GHT et les cocontrats se saisissent ainsi largement de leurs compétences.

[92] L'ampleur de travaux engagés, comme la superposition aux instances des établissements parties, sont cependant sources de lourdeurs unanimement soulignées ; elles ont souvent conduit, dès lors que le GHT est composé de plusieurs établissements distincts, à mettre en place, comme la loi l'autorise, des bureaux auxquels sont délégués tout ou partie des compétences, ou de simples réunions préparatoires, parfois composées des seuls directeurs des établissements parties.

[93] Sans que cela constitue une surprise, des « styles managériaux » divers sont à l'œuvre, dont l'influence sur la dynamique de constitution des GHT est certaine, au-delà des facilités ou difficultés structurelles rencontrées. L'absence de personnalité morale du GHT, le maintien de l'autonomie et des instances des établissements parties, malgré l'attribution légale de compétences à l'établissements support, supposent de la part de sa direction, une approche participative dont la mission a pu noter les aspects positifs dans de nombreux GHT.

- Le CM, le cas échéant CMG⁴⁴ : une instance indispensable, une mobilisation variable

[94] CM ou CMG constituent les instances représentatives de la communauté médicale du GHT. L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des PMP constituent le cœur de compétence des deux instances. Les CMG bénéficient de délégations de compétences des CME, dans des limites fixées par les conventions constitutives, et leur composition est fixée par les textes⁴⁵. La composition et les compétences du collège médical sont pour leur part laissées aux parties de la convention constitutive du GHT. Les textes⁴⁶ attribuent un rôle particulier au président du CM et de la CMG.

[95] Les CMG font l'objet d'une appréciation très positive des directions d'établissements support, ce qui est moins le cas des CM. De fait, plusieurs observations de la mission corroborent cette évaluation partagée :

- la mobilisation des communautés médicales, souvent réelle au moment de l'élaboration du PMP peine à se maintenir en phase de mise en œuvre et de suivi ; elle repose souvent sur l'énergie de quelques leaders médicaux particulièrement motivés ;
- la lourdeur voire le formalisme des travaux constituent des critiques récurrentes (ce qui peut conduire à la mise en place d'instances préparatoires restreintes), de même que le manque de moyens dévolus au président de l'instance, et la complexité de l'articulation avec les CME ;
- en contrepoint, les instances médicales ont souvent permis l'émergence de communautés médicales de GHT, palliant l'absence de liens entre établissements proches.

⁴⁴ Le choix de réunir un CM ou alternativement un CMG est opéré à la majorité des CME des établissements parties.

⁴⁵ La CMG est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention, de représentants désignés par les CME des établissements parties et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties.

⁴⁶ Le président du CM ou de la CMG coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

- La CSIRMT : l'association nécessaire des communautés de soins, un travail souvent ambitieux

[96] Instance représentative des communautés soignantes des GHT⁴⁷, la commission des soins infirmiers traite pour l'essentiel de l'élaboration et du suivi de mise en œuvre du projet de soins partagés, inclus ou non dans le projet médical partagé.

[97] Corroborant l'appréciation largement positive portée sur cette instance, la mission a pu relever :

- l'implication réelle, le plus souvent assidue et compétente des communautés soignantes dans l'élaboration et le suivi des PSP ;
- l'appropriation des problématiques de qualité des soins, partage et harmonisation des pratiques professionnelles, formations initiale et continue.

1.2.2.2 Les instances consultatives : une mobilisation modeste voire insuffisante

[98] Si les communautés professionnelles font montre globalement, quelles que soient les difficultés relevées, d'un niveau de mobilisation significatif dans la mise en œuvre du GHT et des projets qu'il porte, il ne paraît en être de même des autres parties prenantes.

- Le comité territorial des élus locaux (CTEL) : des élus locaux souvent peu concernés ou insuffisamment associés

[99] Instance représentative des élus locaux du territoire⁴⁸, la CTEL jouit théoriquement de compétences importantes. Elle est en effet chargée « d'évaluer et contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement », et dispose également d'un pouvoir de proposition.

[100] Force est de constater que le niveau territorial ne paraît pas encore mobilisateur pour les élus locaux⁴⁹. La compétence d'évaluation et contrôle n'est quasiment pas mise en œuvre. Instance permettant une sensibilisation à la création du GHT, le CTEL se manifeste pourtant en cas d'évolutions territoriales de l'offre de soins, sous l'impulsion des élus concernés.

[101] A l'inverse, on notera que l'initiative manque souvent du côté des directions des établissements support, le CTEL n'ayant pas été réuni dans près d'un quart des GHT en 2018 (*cf. supra*).

- La conférence territoriale du dialogue social (CTDS) : des compétences limitées, des partenaires sociaux peu participatifs

[102] Présidée par le président du Costrat, la CTDS réunit des représentants des organisations syndicales de salariés du groupement⁵⁰. Elle est « informée des projets de mutualisation, concernant

⁴⁷ La présidence est assurée par le coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support; elle comprend les présidents et, en nombre fixé par la CC, des représentants des CSIRMT des établissements parties et des représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties

⁴⁸ Maires des communes sièges des établissements parties, représentants des élus des collectivités territoriales aux CA des établissements ou services médico-sociaux parties, président du Costrat, directeurs des établissements parties, président du CM ou de la CMG

⁴⁹ Le CTEL connaît le plus faible taux de participation des six instances de GHT

⁵⁰ Un représentant de chaque OS représentée dans au moins un CTE d'un établissement partie; des représentants, en nombre fixé par la CC, des OS représentées dans plusieurs établissements; avec voix consultative, présidents du CM et de la CSIRMT

notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT », et ses compétences n'empiètent donc en rien sur celles des instances représentatives des établissements parties.

[103] De fait, la mission note que les CTDS souffrent d'une mobilisation faible – souvent liée à des consignes syndicales en opposition avec la création des GHT. Elles peuvent au mieux constituer des instances de nature pédagogique et faire progresser certaines problématiques transversales : adoption de chartes portant sur la qualité de vie au travail dans plusieurs GHT de la région Bretagne, création de services de santé au travail de GHT...

- Le comité des usagers (CDU) : des usagers qui trouvent difficilement leur place au niveau territorial

[104] Présidée par le directeur de l'établissement support, la composition et les compétences du CDU sont laissées aux parties, dans la convention constitutive du GHT.

[105] Les commissions des usagers ont su trouver leur place au niveau de chacun des établissements parties, et les représentants des usagers se signalent souvent par leur implication dans le traitement de dossiers personnels, leur proximité, leur approche concrète des problématiques de prise en charge.

[106] Le niveau territorial constitue cependant un enjeu nouveau que certains peinent à s'approprier, même si de bons exemples, encore rares, sont notés (examen de parcours territoriaux, alignement des pratiques dans le domaine de la qualité, du traitement des événements indésirables, du respect des droits des patients...).

1.3 Elaboration, contenu et portée des PMP : des situations disparates

[107] Selon la loi, dans chaque GHT, « les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ⁵¹ ». Le PMP est à la fois un élément socle du GHT puisqu'il est intégré à sa convention constitutive, et une feuille de route pour la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient.

⁵¹ Article 6132-1-1 du code de la santé publique issu de l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Définition et contenu réglementaires du PMP

« Art. R. 6132-3-I.-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

« 1° Les objectifs médicaux ;

« 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;

« 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :

« a) La permanence et la continuité des soins ;

« b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;

« c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;

« d) Les plateaux techniques ;

« e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;

« f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

« g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;

« h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;

« 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;

« 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;

« 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;

« 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;

« 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

« II.-Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

« III.-La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

« Art. R. 6132-4.-Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.

« Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Source : Code de la santé publique ; extrait du décret n°2016-524 du 27/04/2016 relatif aux GHT

[108] L'élaboration du PMP s'inscrit dans le cadre d'un calendrier fixé par les textes législatifs et réglementaires. En revanche chaque GHT en définit la méthode, et en propose le contenu soumis à l'approbation de l'ARS.

1.3.1 Un calendrier d'élaboration séquencé et serré

1.3.1.1 Un calendrier réglementaire identifiant trois échéances

[109] Pour la constitution des GHT, la loi affirme la primauté du PMP en prévoyant qu'il constitue un volet de la convention constitutive et qu'il « *est transmis à l'ARS avant la conclusion de la convention constitutive* ». L'application de cette disposition posait toutefois un problème de droit, à défaut d'existence juridique des instances du GHT avant sa création par arrêté de l'ARS. Elle était également irréaliste en fait, un projet réellement concerté ne pouvant être élaboré dans les cinq mois seulement séparant la promulgation de la loi de la date à laquelle les directeurs généraux devaient arrêter la liste des GHT, soit le 1^{er} juillet 2016.

[110] Pour éviter l'impasse, le décret d'application du 27 avril 2016⁵² distinguait trois échéances, correspondant pour chacune à une étape de l'élaboration du PMP :

[111] A compter de la publication du décret, la définition écrite des objectifs médicaux

⁵² Article R 6132-3 du code de la santé publique issu de l'article du décret du 27 avril 2016.

[112] A compter du 1^{er} janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée.

[113] A compter du 1^{er} juillet 2017, tous les éléments constitutifs du PMP.

[114] Ces prescriptions traduisent un choix clair et inverse de celui qui avait prévalu à l'instauration des communautés hospitalières de territoire (CHT) en 2009. A un modèle fondé sur le volontariat des établissements, dont moins de la moitié d'entre eux a fait le choix⁵³ sans forcément le traduire dans un projet médical structuré, succède un dispositif de coopération obligatoire. Le PMP du GHT doit lui donner un ancrage et du sens.

1.3.1.2 Des délais courts, globalement respectés pour l'adoption du PMP

[115] Les GHT ont adopté leur projet médical partagé en très grande majorité en 2017. Seuls 18 GHT sur 121 répondant à l'enquête de l'IGAS⁵⁴ l'ont adopté à une date postérieure : 9 avant la fin du premier semestre 2018 et 8 avant la fin du premier semestre 2019. Les raisons de ces retards sont parfois circonstancielles : par exemple des changements à la direction de l'établissement support ou des établissements parties; parfois de fond : non complétude du document sur les filières retenues et leur organisation ou points de discussion entre établissements et avec l'ARS. La question de la filière de santé mentale notamment, avec les CHS en dérogation, a pu nécessiter des délais plus longs.

[116] Selon les deux enquêtes réalisées par la mission, auprès des GHT et des ARS, un seul GHT n'avait pas de PMP approuvé en septembre 2019. La situation exceptionnelle du GHT 77 sud résulte d'un litige interne (*cf. infra* 2122) qui conduit l'ARS à préconiser l'élaboration d'un nouveau projet médico-soignant partagé portant sur quelques filières prioritaires avec un GHT voisin.

1.3.2 Une élaboration en général hospitalo et médico-centrée, des documents globalement complets et de qualité

1.3.2.1 Une élaboration hospitalo-centrée, avec une association insuffisante de l'HAD

[117] La loi définit le projet médical de santé comme celui de « l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire »⁵⁵. Le PMP est donc essentiellement un outil de coopération entre établissements publics de santé du GHT, engagés dans une stratégie de groupe de l'hospitalisation publique.

- La loi élargit cependant à d'autres établissements le cadre du PMP (*cf. supra*, tableau 1). Cet élargissement résulte de diverses dispositions d'association à son élaboration :

- Pour les hôpitaux des armées⁵⁶ qui peuvent être associés à l'élaboration du PMP;

⁵³ La loi dite HPST du 21 juillet 2009 a instauré les CHT. Selon la mission GHT conduite par J. Hubert et F. Martineau, en 2015, 45 CHT étaient créées, certaines régions en étaient dénuées, et 44,5 % des établissements de santé n'étaient ni en direction commune, ni en CHT (rapport intermédiaire de la mission, mai 2015).

⁵⁴ 121 GHT sur un total de 135 ont rempli et transmis le questionnaire élaboré par la mission

⁵⁵ Article L 6132-2-II 1° du code de la santé publique

⁵⁶ Article L6132-1-IV du code de la santé publique les hôpitaux des armées peuvent être associés avec l'autorisation du Ministre de la défense, à l'élaboration du PMP.

- Pour les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie⁵⁷ : association de droit s'ils sont membres du GHT, facultative s'agissant d'un ou de PMP de groupement(s) dont ils ne sont pas membres.
- Pour les établissements sociaux ou médico-sociaux publics qui peuvent être parties à une convention de GHT⁵⁸ et, dans ce cas, sont nécessairement associés au PMP ; s'ils ne sont pas parties, l'association est facultative.

[118] Pour ces trois catégories d'établissements, les dispositions législatives ouvrent des options. Pour les établissements psychiatriques, cette option ajoute à la complexité de la planification et de l'organisation en santé mentale⁵⁹ dues notamment à la distinction des territoires du GHT et de la communauté psychiatrique de territoire (CPT), et au fait que l'association à l'élaboration du PMP du GHT doit s'inscrire dans le cadre de la CPT.

- Une association obligatoire mais insuffisante de tous les établissements d'HAD

[119] En effet, ces établissements doivent être associés à l'élaboration du (des) PMP du (des) GHT situé(s) sur leur aire géographique d'autorisation s'ils n'en sont ni parties ni partenaires⁶⁰. Si la question ne se pose pas pour les services d'EPS, l'obligation vaut pour les établissements d'HAD autonomes, quel que soit leur statut juridique : établissement privé à but non lucratif ou à but lucratif.

[120] Cette disposition est très inégalement et insuffisamment appliquée.

Tableau 2 : Association des établissements et structures HAD à l'élaboration des PMP

HAD	Association spontanée par le GHT	Association après demande de l'HAD	Pas d'association malgré les demandes	Pas d'association mais pas de sollicitation par l'HAD	Autre
Privée autonome	26%	28%	30%	9%	7%
Privée rattachée	27%	13%	47%	13%	0%
Publique	100%	0%	0%	0%	0%
Total	38%	21%	28%	8%	5%

Source : Enquête fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ; nov. 2017.

[121] Les données de l'enquête FNEHAD, recueillies de 82 structures d'HAD⁶¹ situées dans 75 GHT distincts doivent être analysées en faisant abstraction des structures publiques, qui constituent des services d'établissements publics de santé et sont *ipso facto* intégrées dans un GHT.

⁵⁷ Article L6132-1-V du code de la santé publique ;

⁵⁸ Article L6132-1-VII du code de la santé publique

⁵⁹ Cf. « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins en psychiatrie, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, rapport IGAS A. Lopez, G. Turan-Pelletier, nov.2017. Ce rapport mentionne les cinq outils de planification ou d'organisation en santé mentale (PRS, PMP du GHT, convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire, projet territorial de santé mentale)

⁶⁰ Article L 6132-1-VI du code de la santé publique

⁶¹ Sur un total de 250 questionnaires envoyés par la FNEHAD

[122] Concernant les structures privées, 54 % des établissements d'HAD autonomes ont été associés à l'élaboration des PMP, contre seulement 40 % des structures d'HAD rattachées à un établissement privé, probablement davantage perçues comme concurrentes que comme partenaires⁶². Compte tenu des périmètres d'intervention des établissements d'HAD, l'association avec plusieurs GHT est fréquente, et réciproquement l'association d'un GHT avec plusieurs établissements d'HAD.

[123] Dans 29 % des GHT, une filière spécifique HAD a été identifiée dans le PMP. Lorsque l'association est bien réalisée, elle peut aussi se traduire par une filière spécifique HAD dans le PMP, ou par l'association de l'HAD au d'autres filières (soins palliatifs, cancérologie, gériatrie, chirurgie...).

[124] Ces données, issues des PMP approuvés en 2017 peuvent être tempérées par des conventions de coopération, voire modifiées par des avenants au PMP. Mais il subsiste manifestement un décalage important entre la volonté du législateur d'une association obligatoire, fondée sur l'importance de l'HAD dans les parcours de soins, et une non reconnaissance de sa place dans une trentaine de GHT (source : enquête FNEHAD).

1.3.2.2 Des documents généralement complets, un traitement large des filières médicales et médico-techniques, avec quelques prescriptions particulières des ARS

[125] Formellement, les documents élaborés par les GHT, le plus souvent avec le concours d'un consultant, sont en général de qualité, souvent longs, sans que le volume ajoute réellement à la lisibilité. Sur le fond, après un état des lieux du territoire et de l'offre hospitalière, ils sont construits par filières de soins, conformément aux dispositions selon lesquelles le PMP comprend « *l'organisation par filières d'une offre de soins graduée* » et « *les principes d'organisation au sein de chaque filière* »⁶³.

[126] La notion de filière de soins n'est pas définie dans la réglementation. Elle correspond à un parcours de soins et recouvre une logique de travail en réseau des établissements et professionnels de santé. Sa définition obéit soit à des critères populationnels, de pathologies ou encore de modes de prises en charge.

- Les projets médicaux couvrent, à travers les filières de soins, un large éventail de situations médicales.

[127] En effet, 12 à 13 filières en moyenne sont identifiées avec des écarts très importants. Le minimum est de 2 filières pour le GHT Rhône Centre (GHT regroupant les Hospices civils de Lyon, le CH gériatrique du Mont d'or et les CH de Neuville sur Saône et de Sainte-Foy-Les Lyon). Ce GHT, limité aux territoires de santé des 2 filières gériatriques Lyon Nord et Centre n'identifie de fait qu'une filière graduée de prise en charge du vieillissement. Le GHT Sud Drôme Ardèche, avec pour établissement support le CH de Montélimar est le second exemple de GHT avec 2 filières (gériatrie et SSR)⁶⁴. A l'opposé, le maximum est de 45 filières pour le GHT Artois dont l'établissement support est le CH de Lens. La médiane est de 11 filières.

⁶² Le total de la colonne autres réponses (5 %) correspond à des conventions de coopération, à défaut d'association des structures HAD à l'élaboration du PMP

⁶³ Article 6132-3 du code de la santé publique

⁶⁴ Le nombre de filières traité par le GHT Rhône centre s'explique par le périmètre réduit des établissements parties spécialisés en gériatrie ; en revanche cette explication ne vaut pas pour le GHT Sud Drôme Ardèche.

[128] Compte-tenu du nombre important de filières identifiées, les projets médicaux couvrent l'ensemble des pathologies médicales, de la cancérologie aux pathologies cardio-vasculaires, métaboliques et neurologiques.

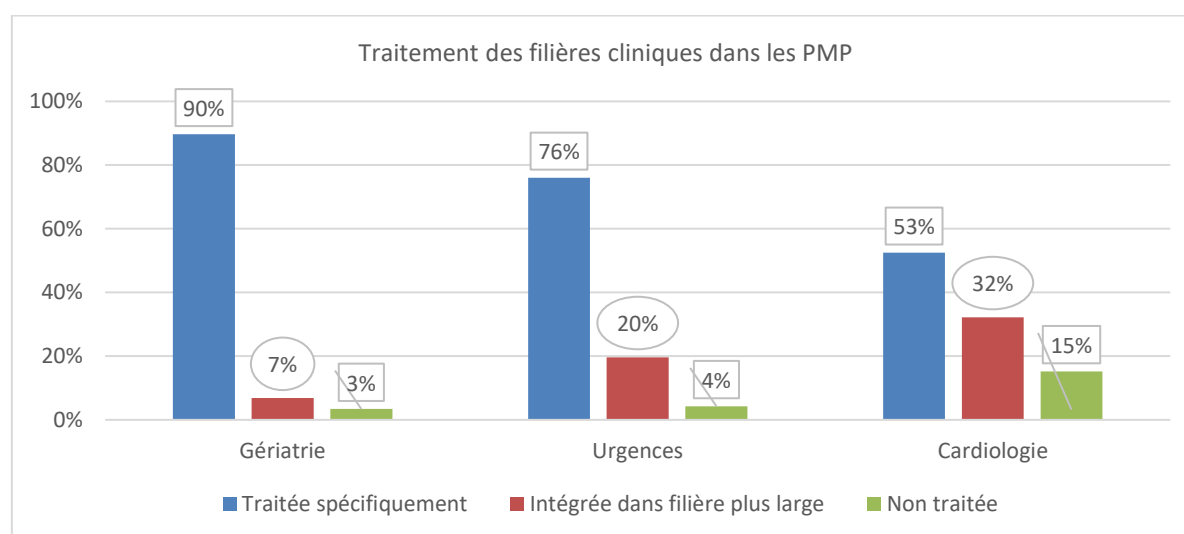
[129] L'approche populationnelle est représentée dans la quasi-totalité des projets médicaux par la filière gériatrique, notamment pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, et par la filière mère-enfant avec des références fréquentes à la filière périnatalité. Quelques rares projets incluent les problèmes d'accès aux soins des personnes handicapées ou en situation de précarité (ex GHT de Sud Lorraine, Artois Ternois, Tarn-et-Garonne, Sarthe ...) ou des détenus (GHT Somme Littoral Sud).

[130] Concernant les modalités de prise en charge, les filières font référence de façon majoritaire aux urgences et soins non programmés. Sont également cités la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs (GHT Oise Sud, Charente, Centre Alsace...), l'HAD (GHT Artois, 94 Est, Béarn-Soule, Vienne...), l'imagerie diagnostique (GHT Yvelines Nord, Ouest Audois, Lozère...) ou encore l'articulation ville-hôpital (GHT Groupe Hospitalier Mont Saint-Michel, Centre Manche...).

- Les trois filières cliniques les plus traitées dans les PMP sont la gériatrie, les urgences et la cardiologie

[131] L'enquête IGAS permet, sur un total de 115 à 120 réponses selon les questions, de retenir les éléments suivants en termes de traitement de ces trois filières dans les PMP :

Graphique 8 : Traitement des filières gériatrie, urgences et cardiologie



Source : Enquête IGAS

[132] Pour chacune de ces trois filières et dans la majorité des PMP, des objectifs précis sont retenus, dans cinq domaines, dont les trois premiers sont mentionnés dans 75 à 80 % des GHT:

- Accès aux soins et gradation des prises en charge,
- Qualité et sécurité des pratiques professionnelles, notamment pour la cardiologie les urgences et la gériatrie,
- Adaptation des prises en charge de proximité et de référence, avec une déclinaison particulière pour les populations fragiles,

- Attractivité et recrutements de personnels médicaux,
- Performance des prises en charge.
- Les filières médico-techniques traitées

[133] S'appuyant souvent sur des coopérations antérieures, les projets médicotecniques couverts par le PMP concernent principalement la pharmacie (présente dans le PMP de 56 GHT) puis la biologie (présente dans 33 PMP) et enfin la radiologie (présente dans 22 PMP).

[134] Les coopérations étaient antérieures à leur constitution pour 76 GHT, et parfois structurées dans des groupements de coopération sanitaire mais un nombre de coopérations se développent après sa constitution ; il en est ainsi pour 39 GHT.

[135] Les actions définies dans les PMP résultent souvent de démarches conjointes des GHT et des ARS. L'initiative vient le plus souvent des GHT (pour 98 d'entre eux) selon les résultats de l'enquête IGAS, alors que 15 GHT seulement mentionnent des demandes formelles de l'ARS. Mais la référence au PRS a également joué un rôle moteur (pour 47 GHT).

- Les prescriptions des ARS sur les PMP portent sur des principes généraux de cadrage et/ou sur des filières de soins.

[136] Dans le cadre de la compétence d'approbation des PMP qui leur est dévolue, les directeurs généraux d'ARS n'ont jamais été conduits à refuser l'approbation d'un PMP⁶⁵.

[137] Les observations et demandes des ARS regroupées dans les lettres d'approbation des PMP correspondent le plus souvent à des compléments sur des priorités définies par les différents PRS (urgences et permanence des soins, santé mentale, périnatalité, SSR, cancérologie...) et sont alors citées par la plupart des GHT de la région correspondante. Sur ce point, le décalage des calendriers des PMP (2017-2022) et des PRS (2018-2022) a pu nécessiter des avenants de mise en conformité des PMP.

[138] En moyenne, 2 filières, mais parfois beaucoup plus (jusqu'à 11 selon la réponse du GHT Mayenne et Haut-Anjou ou 12 selon celle du GHT Bourgogne méridionale) ont été identifiées par les GHT de façon spécifique sur instruction de l'ARS.

[139] Les demandes des ARS portent aussi sur des aspects plus spécifiques pour certains GHT : par exemple sur la coordination ville-hôpital (GHT Mayenne et Haut-Anjou), sur la qualité et la sécurité des soins (GHT Tarn Revelois et Saint-Ponais), ou sur certaines situations particulières⁶⁶.

⁶⁵ Selon le constat de la mission confirmant celui déjà établi par un rapport antérieur IGAS 2018-018-R « le pilotage de l'offre de soins par les ARS » (nov. 2018)

⁶⁶ (GHT Nord Franche-Comté la filière AVC a été complétée d'un volet "prise en charge des traumatismes crâniens" sur demande de l'ARS pour devenir filière neurologie).

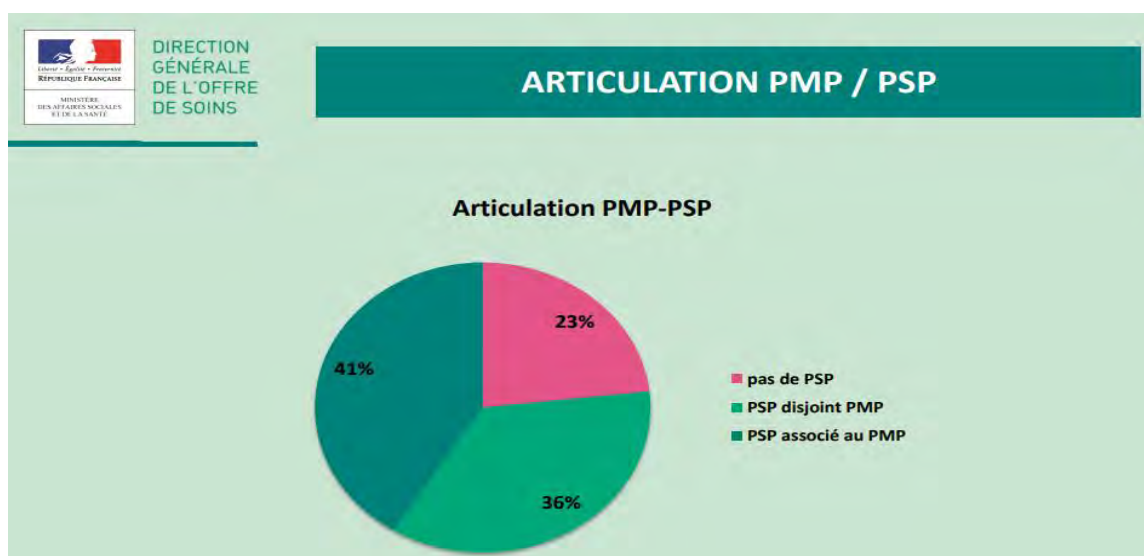
1.3.2.3 Une association imparfaite des professionnels paramédicaux

- La réglementation distingue PMP et PSP tout en prescrivant leur articulation.

[140] « Un projet de soins partagé, s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction »⁶⁷.

[141] En pratique les GHT ont parfois choisi l'élaboration d'un projet unique (PMSP), parfois élaboré des projets distincts. Une enquête réalisée début 2017⁶⁸, dans la période d'élaboration des projets, faisait état de 22 GHT sur les 80 ayant répondu, qui avaient choisi un document unique. Des données plus récentes, réunis par la direction générale de l'offre de soins, mais sur 60 GHT seulement identifient un troisième scénario, le PSP associé au PMP.

Graphique 9 : PMP et PSP



Source : DGOS, septembre 2017

[142] La DGOS recommande l'élaboration d'un document unique « pour garantir une stratégie globale de prise en charge du patient »⁶⁹. Dans cette logique, les appels à projets lancés par la DGOS dans le cadre de l'accompagnement des GHT visent expressément les PMSP⁷⁰ et prévoient par exemple un accompagnement financier de l'implantation des équipes soignantes de territoire.

- Les PSP conjuguent qualité des pratiques et préparation de la certification

[143] Globalement, on retrouve dans les PSP des thématiques qui apportent une réelle valeur ajoutée aux PMP et qui concernent la qualité et la sécurité des soins (avec un focus sur l'accueil du patient et la bientraitance), la prévention et l'éducation thérapeutique, l'innovation, (intégration des nouvelles technologies, évolution des métiers, pratiques avancées, compétences managériales des cadres).

⁶⁷ Article R 6132-5 du code de la santé publique issu du 27 avril 2016 déjà cité.

⁶⁸ Enquête auprès des 135 GHT de l'association française des directrices de soins, qui recommande un document unique.

⁶⁹ Cf. site du ministère des solidarités et de la santé rubrique professionnels, 03.05.2018

⁷⁰ A titre d'exemple, l'instruction DGOS/GHT/2019/194 du 6 septembre 2019 appel à projets pour l'accompagnement des GHT dans la mise en œuvre de leur PMSP (enveloppe de 10M€)

[144] Globalement, même sans avoir, sauf pour une minorité mis en place une direction commune de la qualité, une démarche de groupement est effectivement engagée. La CSIRMT du GHT y joue souvent un rôle significatif de coordination et d'impulsion.

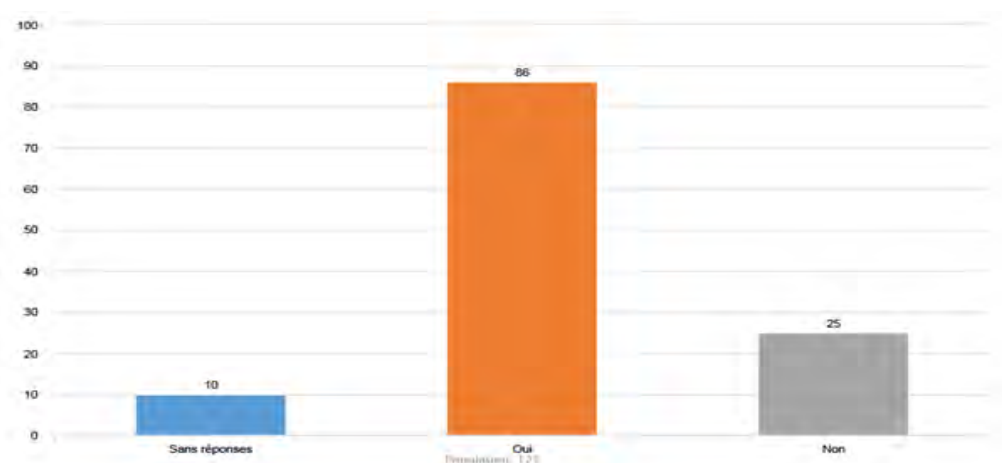
1.3.3 Des projets dont la portée effective reste inégale

[145] Dans la hiérarchie des projets et des plans portant sur la santé et l'hôpital, le PMP s'inscrit entre le projet régional de santé (PRS) auquel il doit être conforme⁷¹, et les projets médicaux des établissements du GHT, qui doivent lui être conformes⁷².

[146] La portée effective des PMP peut être analysée au regard de plusieurs critères : l'état d'avancement des objectifs inscrits dans les projets, l'impact en termes de restructuration de l'offre hospitalière publique, l'articulation avec les autres acteurs de santé, médecine de ville et secteur médico-social notamment.

1.3.3.1 Des ambitions de gradation très variables et généralement sans évolution programmée de l'offre hospitalière

Graphique 10 : GHT avec objectifs opérationnels de gradation des prises en charge



Source : Enquête GHT mission IGAS

- Des objectifs de gradation des prises en charge dont la mise en œuvre est peu engagée.

[147] Plus des trois-quarts des GHT ayant répondu à l'enquête de la mission mentionnent des objectifs opérationnels de gradation des prises en charge et déclarent que leur réalisation est effectivement engagée. Une faible minorité indique que les résultats recherchés sont atteints, ou à l'inverse, que « tout reste à faire »

⁷¹ Article R 6132-6 du code de la santé publique issu du décret précité. « En cas de non-conformité du PMP au PRS, le directeur général de l'ARS enjoint les établissements parties à procéder à une mise en conformité de la convention constitutive (dont le PMP est un volet).

⁷² Article R-6132-4 du code de la santé publique issu du décret 27 avril 2016

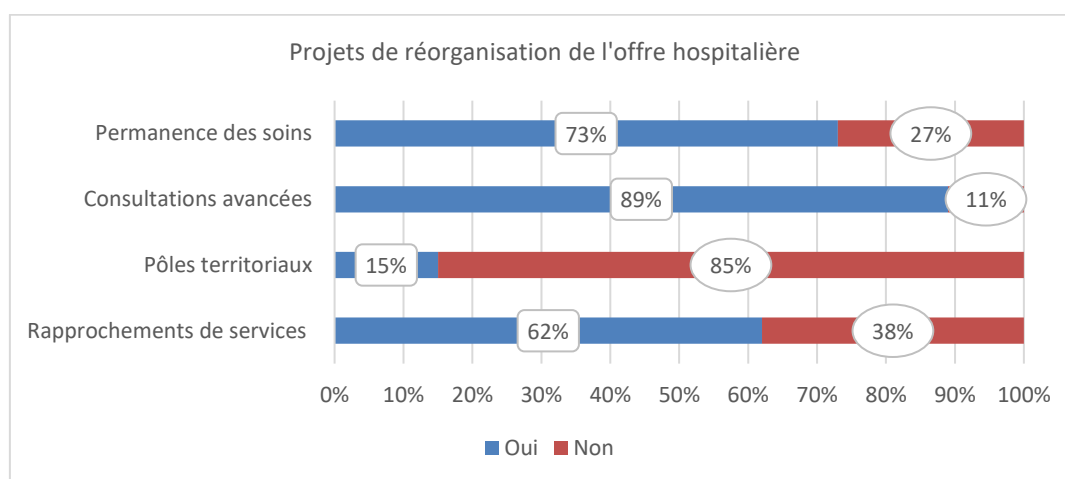
[148] Ce bilan schématique se retrouve pour les trois filières cliniques les plus présentes dans les PMP (gériatrie, urgences, cardiologie) comme pour les filières médicotechniques de pharmacie, biologie et imagerie. Il laisse entrevoir des avancées non négligeables.

- Des exemples de réorganisation ou recomposition hospitalière peuvent être cités.

[149] Les GHT présentent de faibles avancées dans la mise en place de pôles territoriaux permettant une réorganisation de l'offre de soins.

[150] Par ailleurs, les réorganisations citées sont mentionnées en termes généraux et d'objectifs plus que de résultats, par exemple : organisation territoriale de la prise en charge en SSR (Artois-Ternois), organisation de la chirurgie sur le territoire (Nord Ardennes), organisation de la PDSES en chirurgie et équipes territoriales de chirurgie oncologique (Rouergue), offre du GCS biologie (Moyenne Garonne), offre en imagerie médicale (Haute-Garonne et Tarn Ouest). L'impact de ces démarches en termes d'implantations d'activités et de capacités par établissement n'est pas précisée.

Graphique 11 : Projets de réorganisation cités dans les PMP



Source : Enquête IGAS

1.3.3.2 Le traitement souvent adéquat des filières médicotechniques

GHT 94 est : projets laboratoire et pharmacie

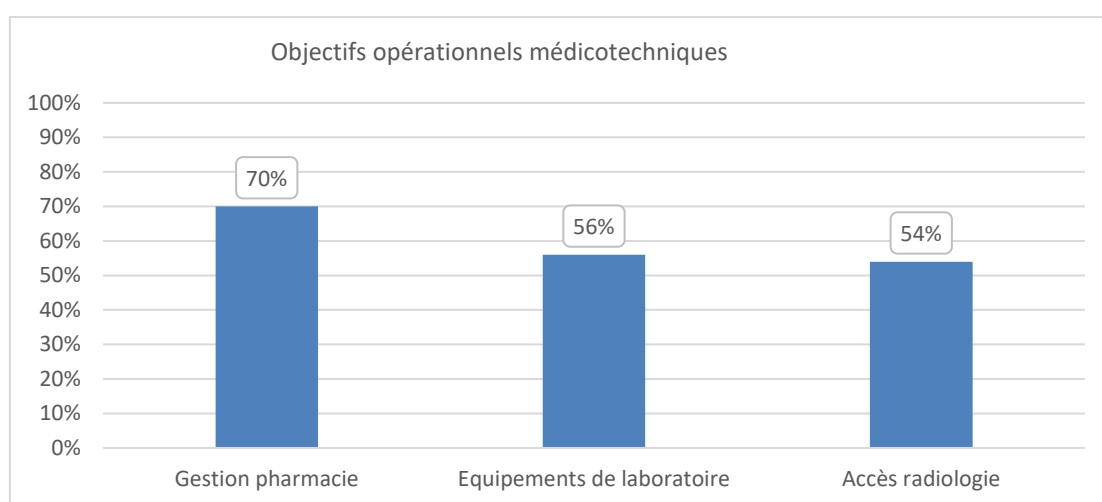
« En matière de laboratoires, le GHT a permis d'initier des discussions autour de la question du laboratoire d'anatomo-cytopathologie (ACP) dont la pérennité était menacée faute de disponibilité médicale sur le CHI de Villeneuve St Georges. Ainsi début 2016, naissait le laboratoire commun d'ACP du GHT en construction, localisé au CHI de Créteil, futur établissement support. Par la suite, les équipes des laboratoires du GHT, accompagnées par un consultant extérieur financé par l'ARS, ont travaillé sur les contours d'un futur laboratoire commun dont le schéma a été validé en juillet 2019. Celui-ci prévoit une répartition des activités par domaine de spécialité sur l'un ou l'autre des établissements, avec pour conséquence une efficacité accrue des ressources humaines et biomédicales sur les deux sites. Le déploiement du schéma directeur de laboratoire commun a commencé en 2019 (par la réinternalisation d'examens aujourd'hui confiés au secteur privé) et s'achèvera en 2021 avec deux plateformes de laboratoire rationalisées et homogènes, ainsi qu'un système d'information de laboratoire commun.

En matière de pharmacotechnie, la première réalisation du GHT a été la mise en service d'une nouvelle unité de préparation des chimiothérapies et poches de nutrition parentérale sur le CHIC, à destination du CHIV et d'autres établissements donneurs d'ordre en Ile de France. Cette réorganisation effective depuis septembre 2018 a donné des résultats très encourageants en termes de satisfaction patient, de qualité et de sécurité de la production, ainsi que sur le plan économique. Par ailleurs, depuis juin 2019, les pharmaciens, accompagnés par un consultant extérieur non financé par l'ARS, questionnent l'opportunité d'une mutualisation des activités de stérilisation du GHT. Les conclusions sont attendues à l'hiver 2019. »

Source : Enquête IGAS

[151] Les filières médicotéchniques sont considérées comme prioritaires dans 87 réponses. Elles sont majoritairement assorties d'objectifs opérationnels.

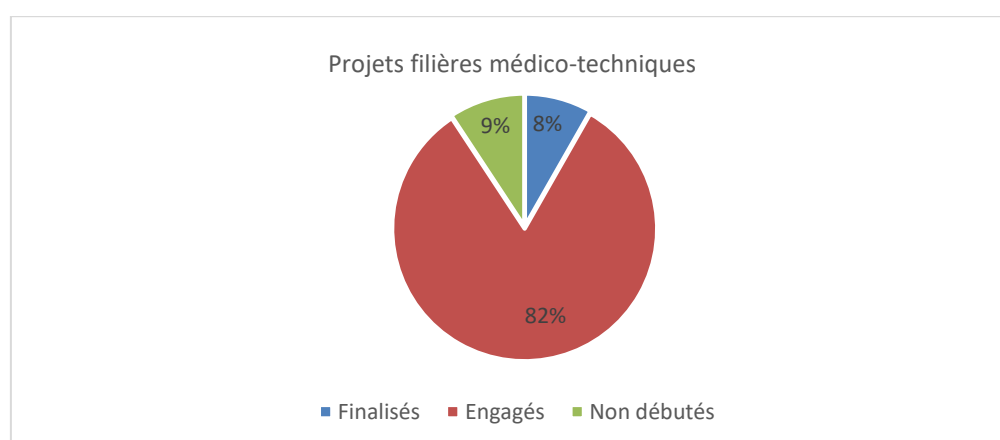
Graphique 12 : Filières médico-techniques : PMP comportant des objectifs opérationnels



Source : Enquête IGAS

[152] Ces projets sont jugés engagés pour plus des quatre cinquièmes.

Graphique 13 : Projets filières médico-techniques : état de mise en oeuvre



Source : Enquête IGAS

[153] Les facteurs de réussite soulignés sont principalement les expériences positives de coopération antérieures, et l'adhésion des professionnels à une organisation pensée à l'échelle du territoire.

[154] Différentes difficultés sont mentionnées : des velléités d'autonomie dans le choix des investissements, ou pour le maintien de partenariats antérieurs public/privé (en biologie notamment), une pénurie de candidats qui pèse sur les recrutements de professionnels en pharmacie ou en imagerie ; des coûts humains et logistiques afférents aux distances entre les sites ; des capacités d'investissement insuffisantes.

1.3.3.3 Des thèmes transversaux en partie communs aux filières cliniques et médicotechniques, notamment le développement de la télémédecine

[155] La qualité et la sécurité des pratiques de soins, l'adaptation des prises en charges de proximité et de référence, l'attractivité et le recrutement des professionnels médicaux, la performance des prises en charge apparaissent comme des thèmes communs aux filières cliniques et médicotechniques ; ils sont inscrits dans le PMP, souvent à l'initiative des établissements membres, parfois à la demande de l'ARS

[156] Parmi ces thèmes transversaux, la télémédecine occupe une place spécifique.

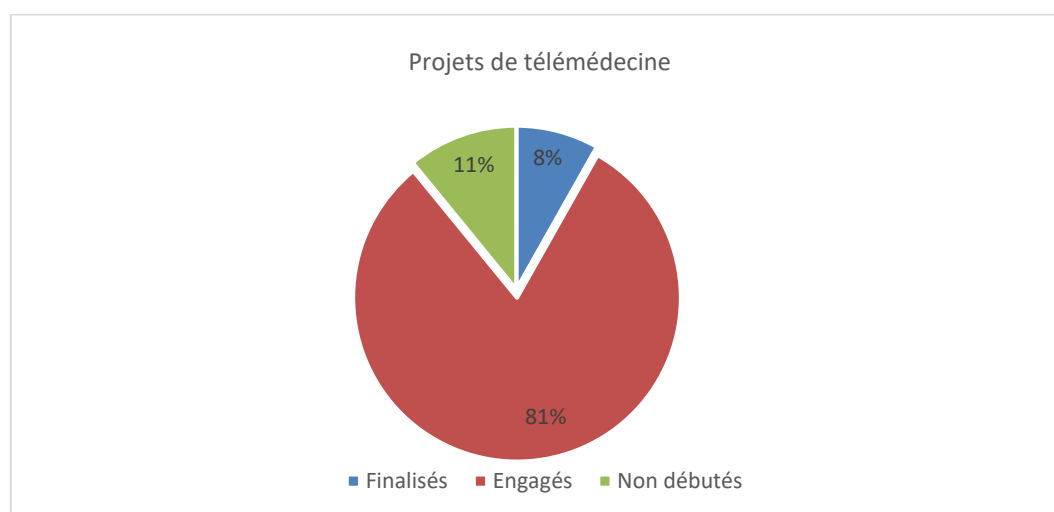
[157] Les actions de télémédecine sont très présentes dans les projets soit dans 113 projets de GHT qui souvent donnent lieu à la constitution d'un comité de pilotage

[158] Les projets de téléconsultation couvrent en général des domaines de soins très variés tant en médecine qu'en chirurgie et en santé mentale. Ils sont présentés comme des outils de prise en charge de certains parcours patients permettant l'accès à distance à des sites spécialisés de recours conformément aux objectifs généraux des projets de téléconsultation.

[159] La télé-expertise est surtout appliquée à l'AVC et à l'imagerie mais aussi à la dermatologie, la gériatrie, la diabétologie et la cardiologie avec dans ce domaine des projets de télé-surveillance.

[160] Les actions décrites sont le plus souvent engagées.

Graphique 14 : Etat de mise en œuvre des projets de télémédecine



Source : Enquête IGAS

[161] Plusieurs GHT font part de projets innovants :

- Le GHT Dunkerquois et Audomarois envisage une extension de la filière de télé-AVC à l'ensemble de la prise en charge neurologique avec en particulier le suivi du retour d'hospitalisation de l'UNV vers les établissements périphériques.
- Le GHT Est Hérault et Sud Aveyron a été retenu dans le cadre des appels à projets nationaux pour conduire une expérimentation comparant les parcours de soins avec et sans l'usage de la télémedecine dans 4 filières identifiées (diabète, insuffisance cardiaque, psychiatrie, gériatrie).

[162] Certains GHT font état de difficultés, par exemple techniques, liées à des défauts de couverture des zones rurales (GHT Rouen Cœur de Seine) ou à l'interfaçage avec le dossier patient (GHT Evreux-Vernon).

1.3.3.4 Une articulation en construction avec le médicosocial, notamment les EHPAD

[163] Les GHT ont dans leur grande majorité (104) inclus dans leur PMP des objectifs de partenariat avec le secteur médico-social. Seuls 14 d'entre eux (sur 118 réponses) font une réponse contraire.

[164] Les modalités de collaboration citées sont très diverses (conventions de partenariat ou d'association avec le GHT ou établissements membres du GHT parfois en direction commune), mais reposent pour la plupart sur un objectif de fluidification des parcours ou de partage de compétences.

[165] La filière gériatrie est ainsi souvent citée avec des dispositifs visant à faire coopérer les différents acteurs de la filière pour des parcours patients plus fluides, par le partage de compétences et en améliorant les soins de nuit et de week-end ainsi que par certaines mesures de prévention.

[166] L'amélioration des parcours patients (GHT Est Hérault et Sud Aveyron, Saintonge, Vienne), vise à réduire les délais d'admission en EHPAD (GHT Alliance de Gironde, Vienne, Haute-Saône ...).

[167] Différents moyens sont définis pour y parvenir :

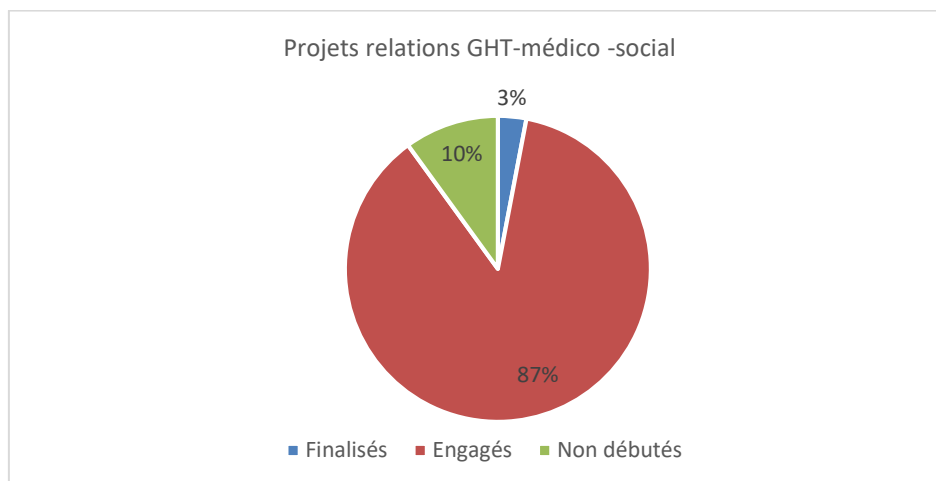
- ouverture de lits de courts séjours gériatriques et admissions directes pour éviter des passages aux urgences (GHT Touraine Val de Loire) ; développement de l'HAD en EHPAD (GHT Bresse Haut-Bugey, Cantal, Union Hospitalière de Cornouaille...),
- mise en place de consultations et conseils par des équipes mobiles (GHT Nord, Gers, Bourgogne méridionale, Saintonge, Cantal...) ou par de très nombreuses offres de télémedecine (GHT Artois Ternois, Dunkerquois et Audomarois, Rouen Cœur de Seine, Moyenne Garonne, Saintonge, Aube et Sézannais, Haute Bretagne, Savoie Belley, Alpes Dauphiné, Rhône Centre, Rhône Vercors Vivarais, Rhône Nord Beaujolais Dombes ...),
- amélioration des soins de nuit ou de week-end en EHPAD (déploiement d'infirmières de nuit), parfois associée à des outils numériques de partage des informations (GHT Vienne : tablettes pour le relevé des constantes),
- prévention du risque infectieux en EHPAD (GHT Cévennes Gard Camargue, Pyrénées ariégeoises) ; ou encore prévention bucco-dentaire (GHT Alpes Maritimes, Moyenne Garonne).

[168] Certains GHT ayant une composition bi-départementale soulignent des difficultés de coordination avec les opérateurs médico-sociaux très liés aux départements (GHT 94 Psy Sud Paris), d'autres la difficulté de répondre totalement aux besoins d'appui et d'expertises du secteur médico-

social en raison de contraintes démographiques (GHT Moselle Est) ou encore la réticence de certains établissements à être partenaires du GHT (GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes).

[169] Pour autant, la plupart des actions sont considérées comme engagées.

Graphique 15 : Relations GHT-secteur médico-social : état de mise en œuvre des projets



Source : Enquête IGAS

1.3.3.5 Une ouverture sur la médecine de ville qui se dessine progressivement et doit être évaluée

[170] Même si les GHT ont été conçus comme le support d'une stratégie de groupe de l'hôpital public, la prise en charge graduée du patient doit associer l'ensemble des acteurs et professionnels de santé, quels que soient leurs statuts. La médecine de ville est au premier chef impliquée dans la prise en charge de proximité. Un lien ville-hôpital est donc une des clés de réussite des GHT.

[171] L'articulation du GHT avec la médecine de ville est prévue dans 99 des projets de GHT, seuls 18 projets de GHT n'y font pas référence (117 réponses).

[172] La finalité commune est de fluidifier et coordonner les parcours de santé. Concrètement, il s'agit en premier lieu de faciliter l'accès direct des médecins libéraux aux services hospitaliers, tout en coordonnant les sorties d'hôpital et en organisant la gradation des soins entre la ville et l'hôpital, pour la proximité comme pour le recours

[173] Pour ce faire, différents moyens sont envisagés :

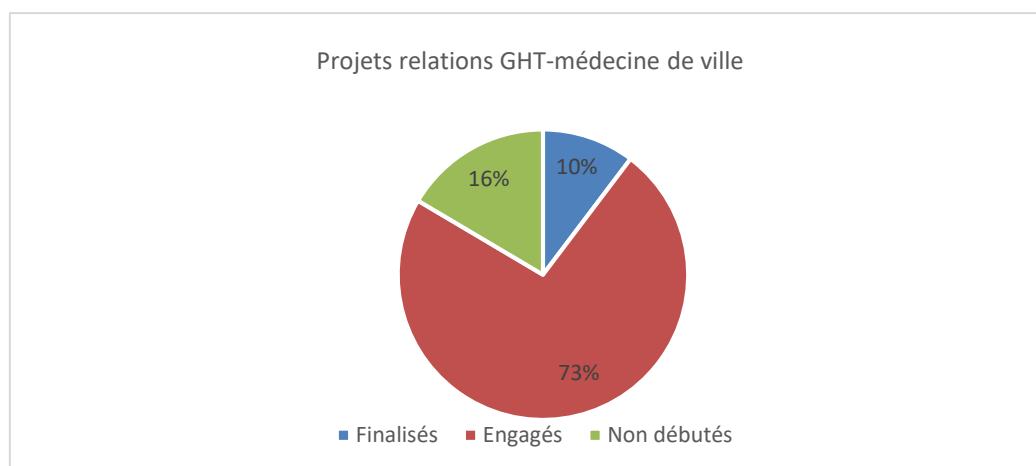
- communication facilitée avec les médecins des établissements du GHT : messagerie sécurisée, lignes téléphoniques ou applications smartphone réservées aux médecins de ville pour avoir des avis spécialisés (GHT Vienne, Nord Franche-Comté, Côte-d'Or-Haute-Marne, Bourgogne méridionale, Nord Yonne, Bresse Haut-Bugey, Léman Mont-blanc...),
- programmes de téléconsultations ou de télé expertises ouverts aux médecins de ville
- ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires (GHT Val de Seine et Plateaux de l'Eure, Est Hérault et Sud Aveyron, Nord Dauphiné),

- participation au fonctionnement des Plateformes Territoriales d'appui (PTA) et aux travaux des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en voie de constitution (GHT Groupe Hospitalier Mont Saint-Michel plateaux techniques, Rouen Cœur de Seine, Caux maritime, Alpes Maritimes, Cher, Haute-Saône ...),
- mise en place de cellules de coordination ville-hôpital pour la régulation des hospitalisations non programmées (GHT Ouest Hérault, Vienne,) ; ou co-construction de protocoles de prise en charge à domicile (GHT Union Hospitalière de Cornouaille),
- création de postes médicaux partagés ville-hôpital notamment dans le cadre de la création des 400 postes de médecins généralistes salariés, annoncée dans les premières mesures de « Ma Santé 2022 »⁷³ (GHT 94 est, 78 Yvelines Nord, Maine et Loire, Loire Atlantique, Alpes Dauphiné...),
- développement d'actions de communication et de formation pour une meilleure connaissance des pratiques entre la ville et l'hôpital (GHT Artois, 77 Sud, Estuaire de la Seine, Atlantique 17...)
- projets expérimentaux développés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour le diabète et l'insuffisance cardiaque dans cinq GHT : Haute-Saône, Aube, Deux-Sèvres, Cornouaille, Douaisis. Ces projets prévoient un outil numérique de coordination ville-hôpital⁷⁴ et bénéficient d'un appui financier.

[174] Des difficultés particulières apparaissent dans les réponses des GHT, qui tiennent par exemple au défaut d'organisation collective de la médecine de ville et au manque de moyens adaptés permettant de soutenir les activités de liaison avec la médecine de ville (GHT 94 Psy Sud Paris) ; ou à un cadre juridique jugé complexe pour articuler la coopération entre médecine de ville et urgences ; ou encore à des difficultés liées à la fragilité de la démographie médicale en ville dans certaines régions (GHT Caux Maritime, Centre Bretagne, Cantal...), .

[175] Néanmoins, les projets sont engagés dans près de trois quarts des situations.

Graphique 16 : Projets relations GHT-médecine de ville : état de mise en oeuvre



Source : Enquête IGAS

⁷³ INSTRUCTION N° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires

⁷⁴ Il s'agit du dossier e-ticss (territoire innovant coordonné santé-social)

[176] Les actions sont toutefois trop récentes pour en mesurer les résultats⁷⁵ qui impliqueraient de recueillir également l'appréciation des médecins de ville. A cet égard, l'organisation d'une évaluation spécifique de l'articulation GHT/ médecine de ville serait pertinente compte tenu de son impact sur les parcours de soins, le cas échéant en préfiguration de la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

1.4 Mobilisation des ressources : une accélération de la mutualisation dont les impacts restent variables

1.4.1 Les moyens médicaux : une projection principalement fondée sur l'appui des CHU, d'établissements support puissants, et de l'ARS

1.4.1.1 Le temps médical partagé, premier outil de projection

[177] Plusieurs dispositifs de temps médical partagé sont apparus au cours des dernières années. Le développement des postes d'assistants spécialistes partagés constitue par son ampleur et sa portée le processus le plus marquant. Il est surtout un accélérateur de la coopération et de la mutualisation des moyens médicaux selon plusieurs modalités.

[178] Ce dispositif trouve son origine dans une circulaire de 2009⁷⁶. Celle-ci livre la doctrine qui sous-tend un dispositif aujourd'hui plébiscité.

Extrait de la circulaire de 2009 relative au recrutement d'assistants partagés

« Des expériences d'activités partagées entre un centre hospitalier employeur et un CHU ont montré tout l'intérêt pour de jeunes médecins de bénéficier, comme les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, d'une première expérience professionnelle dans un environnement dédié à la fois aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Cette première expérience doit leur permettre, quel que soit le mode d'exercice qu'ils choisiront par la suite, d'ancrer leur pratique au sein d'un territoire de santé en participant au développement de synergies locales entre les professionnels de santé."

Source : Circulaire DHOS/RH no 2009-26 du 26 janvier 2009

⁷⁵ Des résultats tangibles de certaines actions ont cependant déjà été notés : par le GHT Alliance de Gironde ou pour le GHT Moselle Est Alliance qui mentionnent

⁷⁶ Circulaire DHOS/RH no 2009-26 du 26 janvier 2009 relative au recrutement d'assistants spécialistes dans les CHU

Un exemple de déploiement des postes d'assistants partagés en Ile de France

La part des postes d'assistants partagés dévolue aux GHT à partir de 2016 est à la fois mesurable et significative⁷⁷. Cet exemple montre que les ARS se sont emparées de ce levier de projection du temps médical sur le territoire.

Etat des lieux des postes d'ASP partagés avec le CHU	NB de postes retenus	Dont Coopérations avec GHT
Vague 1 (2014-2016)	29	
Vague 2 (2015-2017)	29	
Vague 3 (2016-2018)	42	39
Vague 4 (2017-2019)	58	49
Vague 5 (2018-2020)	61	56
TOTAL	203	144

Source : ARS Ile de France

[179] Ces dispositifs sont les leviers efficaces d'un processus de mutualisation qui doit aboutir à la constitution d'équipes médicales de territoires. Ces dernières seraient une réalité dans plus des 2/3 des GHT selon l'enquête de la mission (81 GHT sur 117 réponses en déclarent l'existence). Toutes les disciplines semblent concernées, tant médicales que chirurgicales et aussi médicotechniques. Concernant les disciplines médicales, les spécialités médicales sont les plus souvent citées, moins pour ce qui concerne la médecine polyvalente et la médecine interne. La dynamique de création d'équipes médicales de territoire ne semble pas éteinte puisque 37 GHT annoncent leur intention de créer de nouvelles équipes médicales de territoire pour des disciplines telles que la gériatrie, la médecine (interne ou polyvalente), les urgences. Ils viennent en complémentarité des pôles inter établissements et ensemble seront les vecteurs de la territorialisation de l'offre de soins et filières et parcours de soins.

[180] Les pôles inter-établissements (PIE)⁷⁸ s'inscrivent tout naturellement dans la construction des GHT. Cependant il convient de reconnaître qu'il s'agit d'une forme aboutie d'organisation et de mutualisation. Aussi, il n'est pas surprenant de constater au travers de l'enquête menée par la mission que sur 115 GHT ayant répondu à la question, seuls 31 soit 27 % déclarent l'existence d'un ou plusieurs PIE en leur sein. Ce résultat certes minoritaire reste encourageant. Par ailleurs, la mission note que la taille et la complexité des GHT poussent davantage à structurer les équipes médicales à l'échelon du territoire⁷⁹.

1.4.1.2 Quelques rares exemples d'anticipation d'une gestion RH mutualisée

[181] Plusieurs GHT ont anticipé sur une gestion mutualisée des RH médicales, au moins sur certains de ses aspects, et le plus souvent sous la contrainte d'adaptation aux tensions de recrutement ou maintien des effectifs médicaux nécessaires.

⁷⁷ A noter que n'ont pas été comptabilisés dans les coopérations avec les GHT

- les postes partagés avec des établissements hors GHT et/ou avec les Espic et le service de santé des armées
- ni les postes de la vague 6.

⁷⁸ Prévu par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

⁷⁹ En discriminant sur les GHT dont l'établissement support est un CHU le résultat n'est guère différent : 8 sur 28 soit 28,5 % ont créé des PIE. En discriminant sur les GHT comportant plus de 3 établissements MCO, le pourcentage de GHT ayant mis en place des PIE atteint 34 % (16/47).

[182] Le GHT Loire affiche ainsi une politique partagée de gestion des affaires médicales. L'ensemble des directeurs et attachés aux affaires médicales ont véritablement créé une communauté de travail. Plusieurs directions communes assurées par le CHU facilitent les collaborations à travers des temps de DAM partagés. Harmonisation des pratiques et démarches, demandes conjointes auprès de l'ARS sont des éléments concrets d'une dynamique en cours, qui concourt à renforcer l'attractivité médicale. La taille du GHT nécessite une approche par bassin pour le déploiement des postes partagés et des équipes territoriales. La maîtrise du recours à l'intérim est au centre des actions des DAM du GHT (mise en commun d'un marché public de recours à l'intérim, diverses actions coordonnées). Un projet de cellule de recrutement médical est en cours de constitution et a reçu les soutiens de l'ARS et de la DGOS dans le cadre d'un appel à projet. Les acteurs se placent résolument dans la perspective d'une DAM de territoire et sont en attente de textes réglementaires soutenant cette trajectoire.

[183] Le GHT du Var pour faire face à de graves difficultés à couvrir les besoins médicaux des services d'urgence de son territoire en période estivale a imaginé un dispositif lui permettant d'organiser et de réguler des temps additionnels des médecins régulièrement employés par les établissements support et parties. Plutôt que laisser régner une opacité sur les pratiques de chaque établissement, il s'agissait de mettre au point un dispositif qui assurait la transparence entre les établissements et au sein des communautés médicales, qui garantissait le respect des règles de sécurité concernant le temps de travail des praticiens. Ce dispositif élaboré collectivement entre les communautés médicales et la gouvernance du GHT, ainsi que la fédération des urgentistes du GHT n'a malheureusement pas pu aboutir en raison de l'opposition de l'autorité régionale sur des motifs réglementaires.

1.4.2 Les fonctions support : une rationalisation engagée, des perspectives de résultats variables

1.4.2.1 La fonction achats en général bien prise en charge et bénéficiant d'une mobilisation historique

- Le premier domaine de coopération historiquement repéré au sein des hôpitaux publics.

[184] Souvent créés à l'échelle départementale, les groupements d'achats ont constitué la figure emblématique de la coopération et de la mutualisation entre les établissements publics de santé. Constitués sur la base d'une libre adhésion, ils étaient souvent le cadre de mouvements divers (entrées-sorties). Les domaines d'achats concernés alimentaires et hôteliers à l'origine, ont été progressivement étendus, aux consommables et petits matériels médicaux, plus récemment aux équipements médicaux, numériques et aux prestations de services. Le cadre de ces groupements a pu aussi s'élargir du cadre départemental au cadre régional.

[185] Depuis le début des années 2000 de nouveaux opérateurs sont apparus. Le Resah⁸⁰ créé en 2007 en Ile de France a étendu sa vocation à l'échelle nationale en 2016. Organisé en 5 départements et 10 filières d'achats il compte 700 établissements adhérents et 600 fournisseurs. Autre groupement, UniHa⁸¹ a été créé en 2005 par les 32 CHU et 20 CH. Il compte aujourd'hui 890 établissements adhérents et 93 GHT.

⁸⁰ Resah : Réseau des acheteurs hospitaliers

⁸¹ UniHa : Union des hôpitaux pour les achats

[186] Un troisième opérateur à vocation nationale intervient dans le champ hospitalier, il s'agit de l'UGAP dont l'équipement médical reste le domaine de prédilection. Il convient de rappeler que cet opérateur dessert l'ensemble des collectivités publiques contrairement aux deux opérateurs précités.

[187] Depuis huit ans le programme Phare⁸², lancé par la DGOS⁸³ en octobre 2011, a soutenu et animé une dynamique de rénovation de la fonction achats au sein du secteur hospitalier public. La démarche est née de la prise de conscience des enjeux économiques que représentent les achats hospitaliers, équivalent en valeur à ceux de l'Etat, ils représentent annuellement et globalement 25 Mds d'€ dont 18 Mds d'€ pour les seuls établissements publics de santé.

- L'inscription de l'obligation de mutualisation des achats au sein des GHT constitue ainsi une suite logique d'un mouvement initié près d'une dizaine d'années auparavant.

[188] Dans la forme, le changement est apparu comme contraignant et prescriptif puisqu'il s'agissait de réduire l'autonomie des établissements parties en transférant la responsabilité des achats aux 135 établissements supports de GHT. Tant les constats faits par la mission que les réponses au questionnaire montrent que la démarche intégrative prescrite n'a pas rencontré de véritable résistance ou opposition.

[189] Ainsi sur un effectif de 121 GHT ayant répondu à la question, 96 GHT confirme la mise en place d'une direction commune des achats, soit 80 % des GHT. Toujours sur le même effectif, 115 GHT affiche une coordination des achats toutes modalités confondues.

[190] La quasi-totalité des GHT avait une pratique des groupements d'achats (119/121) soit plus de 98 %. Cette antériorité constituait sans doute un "terreau" favorable à la mutualisation des achats, même si le déploiement des groupements d'achats régionaux reste lent. Enfin 95 GHT toujours sur le même effectif affirment avoir maintenu leurs adhésions antérieures. La mutualisation intégrative n'a donc pas effacé les groupements d'achats "locaux" qui s'intègrent donc à la démarche. On observe toutefois un recours croissant aux opérateurs nationaux, auxquels les établissements de taille moyenne ou petite n'avaient pas accès jusqu'alors.

- Les craintes exprimées devraient peu à peu s'atténuer grâce au régime de délégation et aux assouplissements possibles

[191] Le transfert de responsabilité introduit par les dispositions législatives et réglementaires de 2016 a engendré lors de leur mise en application un sentiment de perte d'autonomie. Pour autant, les responsables d'établissements supports ont le plus souvent su créer une dynamique respectueuse des partenaires et bâtir une politique d'achat sur un mode de co-construction. Ici ou là, la mission a pu recenser quelques crispations consécutives à des décisions fondées en droit mais apparaissant comme attentatoires à l'autonomie de gestion. Un régime de délégations a été instauré dans la plupart des GHT. Cette pratique usuelle dans les établissements dès qu'ils atteignent une certaine surface doit tout naturellement être utilisée au sein des GHT. Ceci repose sur un équilibre entre la confiance délégataire/délégué et l'obligation de rendre compte du délégué au délégataire. La généralisation et le paramétrage du dispositif (fixation des montants de délégation) restent à compléter, de façon à fluidifier les procédures d'achat tout en garantissant la sécurité.

⁸² Phare : Performance hospitalière pour des achats responsables

⁸³ Direction générale de l'offre de soins

[192] De même, la prise en compte des expressions de besoins locaux mérite une attention particulière. La mise en œuvre de la mutualisation des achats a engendré quelques difficultés en termes d'adaptation des procédures aux besoins locaux. En effet, nombreux ont été les témoignages recueillis par la mission concernant cet aspect. La massification des besoins, conséquence directe de la mutualisation qui a eu des effets bénéfiques sur un plan global a provoqué à certains endroits des distorsions conduisant à une détérioration de la qualité de l'approvisionnement ou du service. En volume et en valeur, ce phénomène reste marginal ; il a cependant pu faire naître des critiques visant le dispositif dans son principe et sa globalité. Pour illustrer ce point on peut évoquer les approvisionnements alimentaires de structures implantées en proximité de zone rurale, où la massification peut aboutir à faire disparaître des achats s'inscrivant dans des circuits courts. Pour des prestations de travaux, les procédures de marchés publics si elles ne sont pas adaptées (recours à l'allotissement) peuvent conduire à écarter des TPE qui participent de l'économie locale. Toutefois, lorsque ces anomalies sont repérées, la mission a pu noter une forme d'unanimité pour les corriger. Il n'est pas usurpé de qualifier la fonction achats des GHT d'organisation apprenante.

1.4.2.2 Les SIH : des ambitions très variables, des investissements importants, une convergence retardée

- Un objectif de convergence tributaire de la diversité des systèmes existants

[193] Les attendus de la réforme se concentrent sur la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé (DPI) à l'échelle du GHT et sont sous-tendus par un principe de convergence des systèmes d'information. Ce principe de convergence est inscrit dans la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et inscrit à l'article R6132-15 du CSP⁸⁴.

[194] Les SI des établissements de santé se sont développés depuis plusieurs décennies sous un régime d'autonomie des stratégies et des choix technologiques tant en termes d'infrastructure qu'en termes d'applicatifs.

[195] Cette hétérogénéité est confirmée par les réponses à l'enquête IGAS. Ainsi, 95 % des GHT (114/120 réponses) ne disposent pas d'un SI patient commun au sein du groupement. C'est même la quasi-totalité si on exclut des réponses positives d'un GHT qui ne comporte qu'un seul établissement MCO ainsi que le GHT Paris Psy neurosciences. Pour caractériser la diversité en leur sein, on note qu'une forte majorité de GHT comporte de 2 à 5 SI patient différents. Enfin, moins de 40 % des GHT disposent d'outils d'interopérabilité. On peut donc en déduire qu'environ 80 GHT ne disposent à l'heure actuelle d'aucune possibilité de partage d'informations. Cette situation pénalise grandement la coopération et la mutualisation des moyens médicaux.

⁸⁴ Article R6132-15 I. Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients.

II. Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique. Lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement hospitalier de territoire, il participe à l'élaboration de ce schéma directeur... III. La convention constitutive peut prévoir que l'hôpital des armées associé au groupement utilise totalement ou partiellement les applications du système d'information hospitalier convergent pour chacun des domaines fonctionnels.

- Des SDSI livrés ou en cours de finalisation, mais une convergence conçue de manière diverse

[196] La mission a noté que la structuration de la fonction SI au niveau des GHT est la plupart du temps réalisée.

[197] De façon prospective les GHT ont également répondu sur l'obligation réglementaire qui est faite d'élaborer et de produire un schéma directeur du système d'information (SDSI). 10 GHT soit 9 % de l'effectif ayant répondu déclarent n'avoir pas encore arrêté leur schéma. Cependant 8 de ces 10 GHT affirment qu'il est en cours d'élaboration.

[198] L'article 107 de la Loi de janvier 2016⁸⁵ et le guide méthodologique de la DGOS ne portent pas d'ambiguïté quant au caractère intégratif du dispositif prescrit. En effet selon les dispositions l'établissement support est en charge de la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent. Le guide méthodologique précise que "le SI convergent vers un SI unique est incontournable pour permettre aux professionnels de santé amenés à intervenir sur plusieurs sites du GHT d'avoir, non seulement une vision transversale des informations du dossier patient, mais surtout de bénéficier d'une uniformité des logiciels sur l'ensemble du GHT, facilitant l'accès aux données et l'utilisation des outils au quotidien".

[199] Il semble cependant que la convergence demeure un concept aux contours encore incertains. Ainsi, 19 GHT sur un effectif de 105 déclarent que l'objectif d'un DPI unique au sein du GHT ne fait pas partie des objectifs du schéma directeur du système d'information. Cette question de convergence, trois ans après son inscription au rang d'objectif prioritaire fixé aux GHT semble encore faire l'objet d'interprétation.

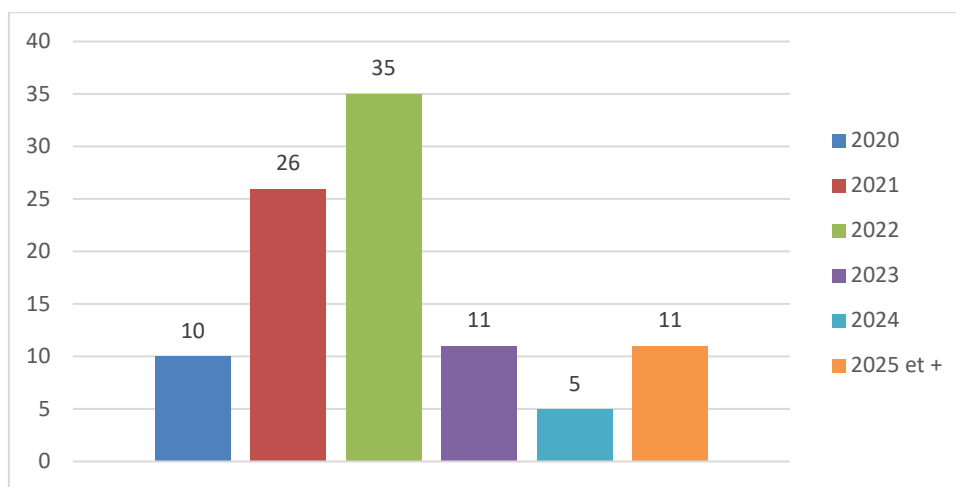
[200] Au cours des entretiens menés tant auprès des acteurs des GHT que des ARS, la mission a pu apercevoir plus que des nuances à ce sujet. Si certains n'expriment aucune forme de doute sur la nécessité d'aller au plus vite vers la diffusion à l'ensemble des secteurs MCO du GHT d'un applicatif unique portant le DPI, d'autres justifient des voies différentes comme l'interopérabilité via des plateformes de GHT, voire des plateformes régionales comme l'ensemble des GHT des Hauts de France.

- Un arbitrage variable entre échéances et coûts des projets, une capacité de financement insuffisante

[201] La mission fait le constat d'une grande diversité au sein des GHT tant pour les choix de solutions qu'au regard des chronologies de mise en place. Concernant l'échéance de convergence l'éventail des réponses traduit aussi des incertitudes quant à la faisabilité organisationnelle et surtout budgétaire et financière.

⁸⁵ "La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34.»

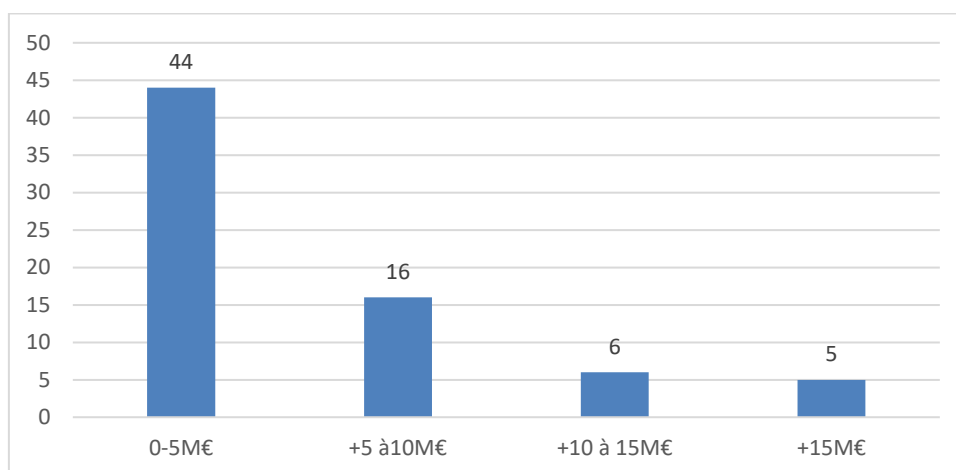
Tableau 3 : Echéances de convergence des systèmes d'information



Source : Questionnaire GHT /Mission IGAS

[202] Le principe de convergence étant décliné différemment selon les situations, les choix opérés influencent significativement les schémas directeurs SI ainsi que les projections budgétaires.

Tableau 4 : Coûts prévisionnels des schémas directeurs système d'information



Source : Questionnaire GHT /Mission IGAS

[203] Par instruction en date du 12 février⁸⁶ 2019, la DGOS a lancé le programme Hop'en qui a vocation à accompagner la numérisation du secteur hospitalier. Il est prévu de déployer ce plan de 2019 à 2021 et il est doté d'une enveloppe de 420 M€. Piloté nationalement, il confie aux ARS le soin d'instruire les dossiers et d'opérer les arbitrages au sein de chaque région. Concernant les établissements publics de santé, les GHT sont évidemment le cadre de déploiement de ce programme. En effet les enveloppes déléguées devront prioritairement servir des projets inscrits au SDSI des GHT. Tous les GHT rencontrés se sont positionnés en déposant des dossiers conçus et préparés au sein des groupements.

⁸⁶ INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN

[204] Des premiers retours des ARS après confrontation des valorisations financières aux enveloppes déléguées, il apparaît clairement que les financements ainsi obtenus ne couvriront qu'une part des dépenses. La plupart des GHT ont livré aux membres de la mission leur scepticisme sur la capacité des établissements membres de GHT à assumer par autofinancement ou emprunt la charge budgétaire des projets inscrits aux SDSI.

1.4.2.3 Le DIM de territoire : une émergence difficile, souvent due à la pénurie de compétences médicales

[205] Au chapitre des fonctions supports les DIM ne bénéficient pas de l'antériorité de coopération ou de mutualisation qu'ont pu connaître les autres fonctions évoquées. Par ailleurs la fonction DIM recouvre des activités jusqu'alors considérées comme stratégiques car touchant à la production des données d'activité. Enfin, la fonction de garant, vis-à-vis des patients, de la confidentialité des informations personnelles touchant à la santé ne militait pas pour la mutualisation des moyens et encore moins pour le partage des bases de données.

[206] S'agissant de l'environnement organisationnel et informatique des DIM, la quasi-totalité des GHT répondant à l'enquête IGAS déclare ne pas disposer d'un SI patient identique sur les différents établissements membres (114GHT/121GHT)⁸⁷. 11 GHT déclarent disposer d'un entrepôt de données quand 77 en ont un en projet ce qui laisse augurer une montée en charge progressive. Enfin au plan structurel et organisationnel il convient de souligner que 91 GHT sur l'échantillon de 121 déclarent leur DIM commun opérationnel. En creux, cela signifie que probablement une trentaine de GHT ne répond pas encore à la prescription législative inscrite à l'article L6132-3 (I., 2°) du CSP. La présentation d'un plan d'action concernant l'exhaustivité et la qualité des données est d'ores et déjà une réalité pour 45 GHT tandis que le pilotage des analyses médico-économiques par le DIM commun l'est pour 43 GHT.

[207] Sans que la mission ait cherché à le vérifier, la pénurie de compétences a été évoquée dans quelques GHT comme frein au développement du DIM de territoire. Les résultats cités *supra*, sans valider l'hypothèse, montrent cependant une mise en œuvre des DIM de territoire dont la progressivité doit s'accélérer pour répondre pleinement aux objectifs.

1.4.2.4 La mutualisation budgétaire : souvent limitée au budget G, dont la mise en place suscite encore des tensions

- Le dispositif réglementaire

[208] Jusqu'alors les mutualisations entre établissements publics de santé donnaient lieu à des opérations comptables classiques généralement régies par voie conventionnelle. Compte tenu de la multiplication des domaines de mutualisation et l'ampleur des moyens progressivement mutualisés, le législateur a souhaité donner un cadre budgétaire plus affirmé.

⁸⁷ Si l'on considère les GHT qui répondent positivement (6GHT/121GHT) on relève des situations particulières telle qu'un GHT mono-disciplinaire, 1 GHT qui ne comporte qu'un seul établissement MCO. Sur la diversité des SI, 2/3 des GHT ayant répondu dénombrent de 2 à 4 SI.

[209] L'article R.6145-12 du CSP⁸⁸ prévoit que soient retracées en budget annexe, pour les établissements supports de GHT, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du CSP, à savoir :

- Les fonctions dévolues à l'établissement support : système d'information hospitalier (SIH) convergent, DIM de territoire, fonction achats, coordination des écoles, instituts de formation, plans de formation et de développement professionnel continu (DPC).
 - La gestion par l'établissement support des équipes médicales communes pour le compte des établissements parties et mise en place de pôles inter établissements ;
 - L'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale et de pharmacie
- Ainsi posé, le dispositif a suscité et suscite encore des réserves de la part des établissements parties.

[210] Au plan formel les établissements support ont créé la section budgétaire G prévue réglementairement. Seuls 6 GHT ont répondu négativement à l'enquête de la mission, sans qu'il soit possible d'en identifier les raisons.

[211] Mais, sauf exception, les inscriptions budgétaires sont très en-deçà des moyens réellement consacrés aux mutualisations, et les volumes encore peu significatifs. Ainsi seuls 6 GHT sur 86 ayant répondu à cette question atteignent ou dépassent 1 % de l'ensemble des dépenses.

[212] L'enquête conduite par la mission confirme une certaine frilosité des acteurs de GHT vis-à-vis de la mutualisation de certains aspects de la politique financière. Le taux de réponse constitue un premier indicateur ; ainsi seulement 37 GHT sur l'échantillon de 121 GHT ont fourni une réponse. Compte tenu de 6 réponses insuffisamment explicites seules 31 sont exploitables. Les domaines les plus cités sont :

- Présentation et élaboration des documents budgétaires et financiers ;
- Echanges sur la certification des comptes ;
- Méthodologie ;
- Les emprunts et la trésorerie ;
- Investissements (élaboration commune du PPI, amortissements mutualisés) ;
- Mutualisation des moyens et des compétences par l'intégration des directions des finances (4 établissements dont le GHT de Vendée).

[213] Les directions des finances intégrées ne semblent concerner que des GHT très avancés dans le modèle intégratif (fusions et directions communes).

[214] Le sujet reste sensible car touchant à l'autonomie des établissements. A travers les témoignages recueillis par la mission, les réticences sont partagées pour des raisons diamétralement opposées entre établissements parties et établissements supports. D'un côté, les établissements parties voient une atteinte à leur autonomie, de leur côté les établissements supports hésitent à

⁸⁸ Article R6145-12-7° Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

afficher des transferts budgétaires dont la symbolique peut être facteur de blocages. Enfin les discussions autour des clés de répartition peuvent également être sources de tensions. Cependant cette situation de sous inscription en budget G, deviendra vite incompatible avec une nécessaire transparence et une équité en termes de coûts et de charges. L'utilisation de la section budgétaire G devra dans les meilleurs délais devenir la norme.

2 Confrontée à des obstacles récurrents, la dynamique de déploiement des GHT reste encore fragile

2.1 Un contexte peu porteur, des obstacles récurrents

GHT Yvelines nord : autoévaluation mettant en évidence trois obstacles principaux

« Le GHT a fait le choix de procéder par étapes. Il a ainsi travaillé à la consolidation rapide de certaines filières structurantes (cardiologie, hépato-gastroentérologie...). D'autres, au premier rang desquelles les soins de suite et de réadaptation, ont fait de la définition d'une offre de soins territoriale leur principal axe de déploiement. Les praticiens des autres filières ont été incités à proposer un choix d'organisation cohérente de leur spécialité à l'échelle du GHT et l'ensemble de ces réflexions sera abordé lors d'un prochain séminaire médical. D'une manière plus générale, on peut constater que les transformations de l'offre publique de soins ont été d'une importance inédite ces deux dernières années, notamment en SSR, cardiologie, réanimation et en hépato/gastro.

Deux facteurs principaux limitent cependant cette capacité d'évolution. Il s'agit tout d'abord du déficit de ressource médicale, problématique commune à un grand nombre de structures publiques notamment au niveau des services d'urgences et d'anesthésie. Il s'agit par ailleurs de la situation financière difficile dans laquelle sont les trois établissements de la direction commune et de la permanence actuelle de l'indépendance financière de chaque établissement qui peut parfois empêcher certaines réorganisations pour préserver l'équilibre budgétaire d'un site. En tout état de cause, la situation très concurrentielle avec un secteur privé lucratif dont l'offre croît et se structure très rapidement sur le territoire contraint le GHT Yvelines Nord à se restructurer rapidement. »

Source : Enquête IGAS

2.1.1 Le contexte peu porteur de l'offre de soins

2.1.1.1 Une croissance d'activité réduite pour les EPS depuis la création des GHT.

- L'évolution globale de l'activité d'hospitalisation des établissements publics de santé est très réduite pour 2018

[215] *La synthèse annuelle de l'activité d'hospitalisation pour 2018*,⁸⁹ conduit à ce constat.

⁸⁹ Document établi annuellement par l'ATIH

Tableau 5 : Variation des patients hospitalisés 2018/2017 par statuts d'établissements

Etablissements	Variation en nombre	Variation en %
Etablissements publics de santé	+ 38 000	+ 0,5 %
Etablissements privés à but non lucratif	+ 35 000	+ 2,4 %
Etablissements privés à but lucratif	+ 24 000	+ 0,4 %
TOTAL	+ 97 000⁹⁰	+ 0,7 %

Source : Données ATIH 2018 (présentation mission)

[216] Pour l'ensemble des établissements, le nombre de patients hospitalisés augmente faiblement⁹¹, tous champs d'activité confondus. On observe que les établissements privés à but non lucratif connaissent une dynamique d'activité supérieure.

[217] En MCO, cette tendance se confirme : les séjours sont quasi-stables dans les établissements publics de santé (+ 0,2 %) alors qu'ils augmentent légèrement pour les établissements privés à but lucratif (+0,7 %) et significativement pour les établissements privés à but non lucratif (+ 2,4 %).

[218] Pour les établissements publics de santé, les domaines de progression de l'activité sont essentiellement la médecine d'urgence (avec une augmentation de 2,9 % des passages aux urgences⁹²), et l'activité ambulatoire, en chirurgie, (même avec une progression ralentie), et en médecine, mais aussi en SSR, et en psychiatrie, où les séjours en hospitalisation complète diminuent également. Enfin l'HAD connaît une forte croissance d'activité avec une augmentation globale des journées de 7,4 %⁹³.

[219] Ces différents éléments chiffrés ne permettent pas d'identifier un impact lié aux GHT sur l'activité des hôpitaux publics, qui s'inscrit dans un contexte de tassement général de l'hospitalisation, liée au recul de l'hospitalisation complète. Cette tendance n'a pas été démentie en 2018 où la croissance globale des séjours reste très modeste et sensiblement inférieure (0,5 %) à la période immédiatement antérieure à la création des GHT (1,4 % en 2014 et 1,1 % en 2015).

- Les données de l'activité d'hospitalisation des GHT par région confirment ce constat, à quelques exceptions près.

⁹⁰ Y compris les séances. La variation hors séances du nombre de patients est + 83 000, mais les pourcentages de variation selon les statuts d'établissements restent semblables.

⁹¹ Cette augmentation est d'autant plus réduite que la population aurait augmenté de 0,2 % selon le chiffre cité par l'ATIH

⁹² Dont 83 %, soit plus de 18 millions par an sont pris en charge dans un hôpital public (ATIH 2018)

⁹³ Les structures HAD publiques réalisent ¼ des journées, 70 % étant réalisées dans les établissements privés à but non lucratif, et 15 % dans des établissements à but lucratif (données ATIH 201).

Tableau 6 : Evolution des séjours et séances des GHT par région

	2016		2018		2018/2016	
	Séjours	Séances	Séjours	Séances	Séjours	Séances
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	1 327 140	418 086	1 346 462	440 843	1,5%	5,4%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente	1 513 970	542 054	1 560 949	583 962	3,1%	7,7%
Auvergne-Rhône-Alpes	1 830 231	612 230	1 923 314	655 805	5,1%	7,1%
Normandie	746 157	208 008	780 328	219 227	4,6%	5,4%
Bourgogne-Franche-Comté	786 841	277 637	804 615	293 641	2,3%	5,8%
Bretagne	754 620	252 654	782 323	275 538	3,7%	9,1%
Centre	562 866	181 722	578 040	193 402	2,7%	6,4%
Corse	65 769	26 250	67 169	26 496	2,1%	0,9%
Guadeloupe	73 912	18 142	65 919	19 617	-10,8%	8,1%
Guyane			7 300	250		
Île-de-France	1 057 832	262 285	1 064 498	272 636	0,6%	3,9%
Occitanie	1 136 767	312 734	1 156 752	327 045	1,8%	4,6%
Martinique	1 848	0	1 603	0	-13,3%	
Mayotte	37 619	2 120	37 525	2 138	-0,2%	0,8%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	1 518 780	485 201	1 539 986	501 825	1,4%	3,4%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 054 185	308 186	1 058 514	316 332	0,4%	2,6%
Pays de la Loire	698 346	189 811	768 093	208 362	10,0%	9,8%
Réunion	181 300	59 006	186 908	66 815	3,1%	13,2%
Total général	13 348 183	4 156 126	13 730 298	4 403 934	2,9%	6,0%

Source : Base de données Diamant

[220] L'augmentation moyenne des séjours sur 2 ans est d'1,4 % mais elles se ralentit en 2018. Seuls quelques GHT connaissent une dynamique de croissance forte (Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes notamment) qu'on retrouve de manière plus large pour les séances.

[221] Le peu de recul, 18 mois environ depuis le déploiement progressif des PMP, ne permet toutefois qu'une appréciation prudente sur la trajectoire d'activité des GHT, qui reste par ailleurs tributaire des tensions sur les effectifs médicaux notamment.

2.1.1.2 Des moyens médicaux limités voire déficitaires

[222] Le contexte de tension sur les postes médicaux liée à la démographie médicale ainsi qu'à une attractivité moindre des établissements publics est une réalité nationale. Des particularités locales et régionales accentuent les difficultés. L'attractivité des établissements privés exercée dans certaines disciplines ou spécialités met certaines équipes en quasi rupture. C'est notamment le cas en région PACA sur le littoral méditerranéen. Sur un plan quantitatif, l'enquête IGAS fait ressortir clairement une augmentation marquée du nombre de postes médicaux vacants entre 2015 et 2018. Toutefois, l'absence d'agrégation des données au niveau du GHT conduit à un taux de réponses exploitables de moins de 50 %. On peut cependant sur cet échantillon très incomplet relever des centaines de postes vacants supplémentaires en 2018 comparativement à 2015. Une augmentation de l'ordre de 30 % des postes vacants est des plus probables.

GHT Vaucluse : problématique de recrutements médicaux

« Le GHT 84 se heurte à ce stade à une difficulté tenant à la constitution d'équipes médicales mutualisées. Ceci est essentiellement lié à un recrutement médical s'exerçant dans un contexte de forte pénurie. Ainsi et à titre d'exemple, le secteur des urgences, représenté par la Fédération médicale inter-hospitalière des urgences du GHT, a particulièrement pâti des problèmes de recrutements au cours de la période de mise en place du GHT et sa pérennité est remise en question. La mutualisation de moyens humains a par ailleurs été limitée par des situations budgétaires particulièrement tendues dans les 11 établissements du GHT, dont beaucoup ont signé des Contrats de retour à l'équilibre financier (CREF). Ce contexte financier est peu favorable à un renforcement des équipes de l'établissement support, notamment au profit du développement d'activités, et au maintien d'une offre cohérente sur le territoire en valorisant le potentiel des plus petites structures dans leur offre de proximité.

La problématique RH médicale est largement impactée entre 2015 et 2019 par le sujet des médecins urgentistes qui est devenu crucial au sein du territoire; nombreux postes vacants supplémentaires imputables à cette discipline. »

Source : Enquête IGAS

[223] La démographie médicale hospitalière préoccupe au premier chef les GHT. Tous le soulignent, avec les difficultés corrélatives de fonctionnement et de continuité des activités de soins, mais également d'attractivité des emplois proposés.

[224] De surcroît, la problématique pour les GHT s'étend aux situations de tensions et de pénurie pour les médecins libéraux dans certaines zones du territoire, du fait de leurs répercussions en termes de difficultés d'accès direct aux soins et de report sur les services d'urgences.

Les médecins en France, des chiffres variables et des inégalités territoriales fortes

Selon la DREES (op.cité), la répartition des médecins par type d'activités est la suivante :

- Sur un total de 226 000 praticiens, 103 000 sont des généralistes (45 %), 124 000 des spécialistes (55 %), hors médecine général. Les effectifs de spécialistes les plus importants se retrouvent en psychiatrie (6,1 %), anesthésie-réanimation (5,1 %) et imagerie (3,9 %)

Par statut et modes d'exercice, 130 000, soit 57 % sont des libéraux, 43 % exercent tout ou partie de leur activité à l'hôpital. 30 % des médecins ont plus de 60 ans

- s'agissant de la densité en médecins généralistes : la variabilité des densités départementales est de 18 %. Mesurée par communes, elle permet d'en recenser 9142 en zone sous dense principalement située en Antilles-Guyane, Corse, centre Val de Loire, Bourgogne Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Ile de France. Alors que la moitié de la population du pays peut accéder à 4 consultations par an, cette possibilité se réduit à 2,5 consultations dans les communes sous-denses selon l'indicateur

Selon l'ordre des médecins

A partir de chiffres différents de médecins en activité (cf. ci-dessus), l'ordre mentionne 41 % de médecins de plus de 60 ans.

Les inégalités territoriales sont soulignées sur 3 points par rapport à la moyenne (127 médecins pour 100 000 habitants des écarts importants (de 88 à 205 médecins)

- la concentration des médecins dans les grands pôles urbains,

- des évolutions contraires entre les départements dont les effectifs augmentent, stagnent ou baissent (ce qui traduit des écarts d'attractivité (de +4, 7 % à -8,6 % en densités et en effectifs),

-Des liens inversement proportionnels pour certains départements entre les évolutions de la population de médecins généralistes et de la population générale (Pas de Calais, Côte d'Or mais aussi une majorité des départements d'Ile de France) ainsi qu'entre la densité médicale des départements et la population de plus de soixante ans ; ainsi sur l'ensemble des départements, la population de la tranche 60-74 ans augmente (de 1 à 4 %) alors que la densité médicale diminue dans 66 départements (de 0,5 à 8 %).

Source : DREES et ordre des médecins

[225] L'ensemble des données qui précèdent traduit une situation potentielle d'inégalité d'accès aux soins. Les GHT n'en sont pas préservés compte tenu de leurs difficultés majeures de recrutement médical. Ils ne peuvent y être indifférents au regard de la mission qui leur est confiée dans la construction d'un parcours de soins gradué, afin d'assurer une égalité d'accès aux soins.

- Les postes médicaux non pourvus : une question d'attractivité

[226] L'enquête réalisée auprès des GHT sur les postes médicaux vacants et leur évolution de 2015 à 2018, montre, même si les réponses sont incomplètes et d'interprétation difficile,⁹⁴ qu'ils sont tous exposés et pour beaucoup affaiblis par les très grandes difficultés à recruter des médecins dans certaines spécialités, en particulier : les urgences, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie obstétrique et la radiologie, mais aussi souvent, la cardiologie, les disciplines chirurgicales, la gériatrie, la biologie. A des degrés divers et avec des variations selon les territoires, aucune spécialité, ni aucun établissement ne sont complètement épargnés. En témoigne l'augmentation moyenne entre 2015 et 2018 de 5 postes médicaux annoncés vacants par GHT, le total moyen des vacances d'emplois passant de 32 à 37 postes.

[227] Face à cette situation, qui recouvre des réalités concrètes, parfois matérialisées par des départs vers le secteur privé et des établissements situés dans la même ville⁹⁵, est posé le problème de l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, régulièrement soulevé par les représentants des établissements⁹⁶ et des médecins hospitaliers⁹⁷.

[228] Cette question posée avant même la constitution des GHT, a conduit au plan ministériel d'attractivité médicale d'octobre 2015 qui comportait notamment deux priorités : inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les zones sous-denses ou les spécialités en tension ; et soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire.

⁹⁴ Cf. supra 1.4.1 les difficultés d'interprétation résultent notamment de 2 facteurs : les réponses pour 2015(69) sont moins nombreuses que pour 2018 (75) la notion de poste médical vacant n'a pas été nécessairement définie de manière uniforme ; poste vacant = poste publié en attente d'un recrutement ou poste inoccupé ?

⁹⁵ Plusieurs exemples ont été cités à la mission dans le cadre des entretiens avec les GHT visités. On peut citer par exemple le départ quasi simultané de deux cardiologues interventionnels de l'établissement support du GHT Eure-seine pour une clinique voisine.

⁹⁶ Cf. par exemple le document de la fédération hospitalière de France » Attractivité médicale, préconisations 2018 ; les conférences de directeurs et de présidents de CME interviennent également de manière régulière sur ce sujet.

⁹⁷ Les syndicats de médecins hospitaliers font aussi de l'attractivité de l'hôpital pour les médecins un thème majeur repris dans des revendications statutaires et salariales (cf. le communiqué commun diffusé à la suite de l'annonce du plan hôpital du 20 novembre 2019 par lequel ils demandent en urgence l'ouverture de négociations salariales

[229] Deux décrets déclinent ces engagements du plan d'attractivité. Le premier aménage l'activité partagée et crée une convention d'engagement dans la carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants hospitaliers⁹⁸. Le second institue une prime d'exercice territorial et une prime d'engagement de carrière hospitalière⁹⁹.

[230] Une évaluation de ces dispositifs dont la mise en œuvre est déléguée aux ARS sera nécessaire.

- La difficulté de recruter des médecins : un poids et un aiguillon pour les GHT

[231] Les échanges avec les GHT rencontrés, comme l'enquête menée auprès d'eux, montrent que l'impact du manque de médecins est ambivalent. Il est la cause de difficultés dont les conséquences peuvent être lourdes : surcoûts certains et qualité de prestations aléatoire liés au recours croissant à l'intérim; fermeture temporaire de lits d'hospitalisation, voire de services¹⁰⁰.

[232] La difficulté de pourvoir les postes de médecins est un poids pour le fonctionnement de chacun des établissements concernés, mais constitue aussi un aiguillon de leur coopération, avec différentes traductions concrètes : le développement du temps partagé et la constitution d'équipes de territoire¹⁰¹, ainsi que la réorganisation de la permanence des soins.

[233] Dans ce domaine, encadré par le schéma régional de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) fixé par les ARS, une large majorité des GHT(71 %)¹⁰² a engagé une action collective pour mieux assurer la permanence médicale. Cette démarche est progressive et son degré d'avancement est variable selon les GHT : parfois seulement au stade de l'inventaire des lignes de garde et d'astreinte pour la définition d'un schéma GHT de permanence médicale ; mais le plus souvent (60 % des GHT) par la mise en œuvre effective de garde mutualisées débouchant pour 31 GHT (22 % des GHT) sur un tableau commun de permanence médicale.

[234] Les disciplines les plus concernées par cette démarche de mutualisation sont les urgences, l'anesthésie réanimation, la radiologie, la gynécologie obstétrique ainsi que les disciplines chirurgicales.

2.1.1.3 Le recours à l'intérim et les tentatives d'encadrement

[235] Phénomène progressivement identifié par les gestionnaires et responsables médicaux des établissements publics de santé, le processus de dérégulation de l'emploi médical à l'hôpital était analysé par le rapport Véran¹⁰³ de 2013. Trois disciplines étaient identifiées comme particulièrement concernées (anesthésie, radiologie et médecine d'urgence). Les hôpitaux de petite taille et isolés étaient les plus concernés. Le rapport notait une faible coopération médicale entre établissements d'un même territoire, ainsi qu'une faible mobilisation des administrations régionales et des

⁹⁸ Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 : extension de la possibilité d'une activité partagée aux praticiens contractuels.

⁹⁹ Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial (de 250 € par demi-journée à 1000€ pour 4 demi-journées) et à la prime d'engagement dans une carrière hospitalière (de 10 000 à 30 000 € selon l'importance du poste pour l'offre de soins (appréciation ARS) et les difficultés de recrutement hospitalier à l'issue du diplôme d'études spécialisées correspondant à l'emploi à pourvoir. Cette prime est subordonnée à l'engagement de passer le concours de praticien hospitalier et à rester 3 ans au minimum dans l'établissement avec lequel la convention a été passée.

¹⁰⁰ Urgences et maternité sont les deux services le plus souvent concernés. Par exemple, l'activité du service des urgences et du SMUR du pôle de santé Sarthe- Loir (GHT Sarthe) a dû être suspendue la nuit au mois d'octobre, ainsi que le SMUR.

¹⁰¹ Cf. infra 1.4-1.1

¹⁰² 86 GHT sur les 121 réponses à l'enquête

¹⁰³ Rapport sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », O. Véran, décembre 2013

collectivités territoriales. Le rapport décrivait le développement de l'intérim et ses dérives. La multiplication des situations abusives était enfin dénoncée.

[236] Bien que le rapport précité ait permis de sortir d'une situation de non-dit et entraîné quelques actions de terrain, il fallut attendre 2017 pour connaître l'engagement d'une véritable action appuyée par une initiative réglementaire¹⁰⁴. Le plafonnement progressif des tarifs unitaires d'intérim devint une réalité en droit¹⁰⁵. Ce plafonnement s'accompagne de nouvelles obligations faites aux sociétés d'intérim de produire, à l'engagement des missions, une série d'attestations permettant de garantir le respect des règles prudentielles concernant les conditions d'exercice médical. Pour autant le recours à l'intérim n'en demeure pas moins une source de surcoût pour les établissements publics de santé.

[237] Dans l'enquête IGAS, sur un échantillon exploitable d'environ un tiers des GHT, seuls 13 % présentent une baisse des dépenses d'intérim entre 2015 et 2018. Tous les autres présentent des hausses le plus souvent très importantes et quelques-unes vertigineuses.

Tableau 7 : Les 10 GHT à plus forte croissance des dépenses d'intérim (en valeur)

	Intérim 2015	Intérim 2018	2018-2015	%
PDL-04 Sarthe	2 852 102	5 974 514	3 122 412	109%
BRE-05 Haute Bretagne	3 456 233	5 984 020	2 527 787	73%
NOR-05 Centre Manche	925 183	3 416 602	2 491 419	269%
ARA-07 Léman Mont-Blanc	4 540 034	6 878 483	2 338 449	52%
BFC-05 Nord Yonne	126 950	2 325 529	2 198 579	1732%
NOR-11 GH Mont Saint-Michel	3 751 014	5 919 772	2 168 758	58%
NOR-02 Orne-Perche-Saosnois	5 226 475	7 149 240	1 922 765	37%
BRE-08 Centre Bretagne	1 583 494	3 445 512	1 862 018	118%
NA-11 Deux Sèvres	2 176 300	3 878 878	1 702 578	78%
BRE-04 Brocéliande Atlantique	718 857	2 162 616	1 443 759	201%
Totaux	25 356 642	47 135 166	21 778 524	86%

Source : Enquête IGAS

[238] Parmi les 10 GHT les plus concernés par l'augmentation des dépenses d'intérim, 3 d'entre eux sont en Normandie, 3 autres en Bretagne et 1 en Pays de Loire. La grande région Ouest semble donc particulièrement concernée par le déclin d'attractivité. Plusieurs des GHT figurant sur la liste sont plutôt de petite taille et/ou situés en proximité de GHT puissants. Un seul a un CHU comme établissement support.

[239] Les tensions et difficultés, et l'évolution très sensibles des dépenses d'intérim évoquent une dérégulation de l'emploi médical à l'échelle nationale. Celle-ci, vérifiable sur presque tous les territoires, conduit à la persistance des irrégularités.

¹⁰⁴ Décret no 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé

Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire

¹⁰⁵ Le plafond journalier mentionné à l'article R.6146-26 du CSP est fixé à 1 404,05€ au 1/01/2018, à 1 287,05 € au 1/01/2019 et à 1 170,04€ au 1/01/2020

[240] L'encadrement réglementaire mis en œuvre se heurte à une réalité du marché de l'emploi médical et donne lieu à des manœuvres pour déjouer le dispositif. Les GHT tentent d'enrayer ces pratiques et de lutter contre les surenchères. Les tentatives de contournement du plafonnement ont pris la forme d'un appel à refuser les missions d'intérim proposées par les établissements respectant la réglementation. De tels faits paraissent particulièrement inappropriés.

2.1.2 La lenteur des ajustements institutionnels

2.1.2.1 La lenteur des mouvements de recomposition institutionnelle (directions communes et fusions d'établissements)

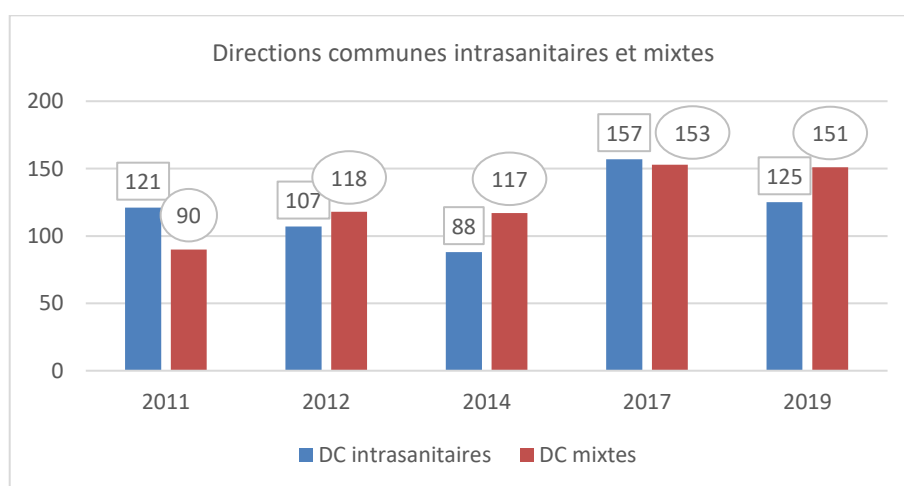
[241] Les recompositions peuvent favoriser une meilleure intégration de la gouvernance, des directions et de l'offre des hôpitaux parties aux GHT. Il serait donc logique que directions communes et fusions accompagnent ou suivent rapidement la création des GHT. Or, si le nombre de directions communes a bien augmenté au lendemain de la création des GHT, il semble désormais régresser. Quant aux fusions d'établissements de santé, elles ne paraissent pas progresser.

[242] En outre, il ne paraît pas possible d'attribuer tous ces mouvements à la seule constitution des GHT.

[243] Par ailleurs, l'IGAS note à nouveau la grande faiblesse du dispositif national de suivi des recompositions de l'offre hospitalière : parution épisodique du rapport théoriquement annuel sur ces sujets, informations lacunaires de l'édition 2018, bien moins documenté que le précédent datant de 2015, absence de remontées d'informations systématiques des ARS au niveau national...Les conclusions tirées de l'analyse de ces données, qui manquent parfois de suivi dans le temps, ne peuvent donc qu'être sujettes à caution.

- La mise en place de directions communes a connu une accélération en 2016-2017, mais semble régresser depuis.

Graphique 17 : Directions communes depuis 2011



Source : IGAS¹⁰⁶, rapports sur la recomposition de l'offre hospitalière (2015 et 2018), CNG (nov. 2019)

¹⁰⁶ Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? IGAS RM2012-020

[244] Les directions communes dites « intra sanitaires », concernant uniquement des établissements de santé, et celles dites « mixtes », concernant des établissements de santé et des ESMS, ont fortement augmenté en 2017 par rapport à 2014.

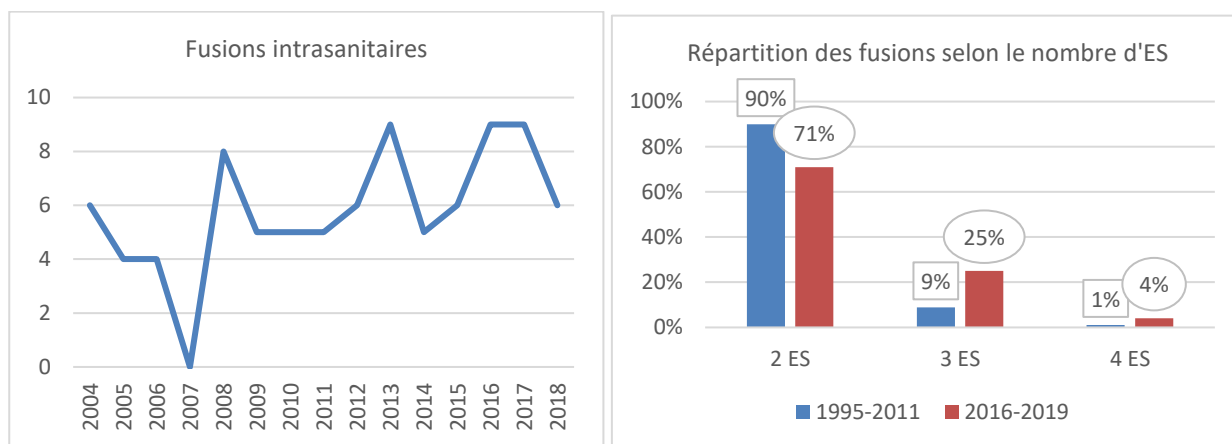
[245] Comme l'indique le dernier rapport relatif sur la recomposition de l'offre de soins¹⁰⁷, il est probable que ce mouvement soit dû en partie à la constitution des GHT. La mission confirme que les vacances de postes de direction sont souvent l'occasion d'organiser un intérim, qui se transforme ensuite en direction commune¹⁰⁸. Ces créations sont facilitées dans le cadre de coopération des GHT, qui rapproche les établissements en termes de gouvernance, de projet médical et de mutualisation de fonctions support.

[246] Cependant en 2019, si le nombre de directions communes mixtes se maintient, celui des directions communes intra sanitaires baisse de 20 % par rapport à 2017. 24 directions communes intra sanitaires ont été créées en 2018 et 2019¹⁰⁹ ; les 57 suppressions de cette même période peuvent être liées à des fusions ou des modifications de périmètres des directions communes existantes.

[247] L'enquête diligentée par l'IGAS corrobore la progression du nombre de directions communes, après la création des GHT. On note en particulier 9 directions communes concernant l'ensemble des établissements de santé d'un même GHT, en situation désormais de direction unique¹¹⁰.

- Les fusions concernent plus d'établissements, mais leur nombre ne progresse pas sensiblement, malgré une certaine augmentation en 2016 et 2017

Graphique 18 : Fusions entre établissements de santé



Source : IGAS¹¹¹, rapport sur la recomposition de l'offre hospitalière (2015), CNG (2016-2019)

[248] Le nombre d'établissements de santé par fusion paraît augmenter sur la période récente, par rapport aux données colligées par l'IGAS sur la période 1995-2011. La proportion de fusions à trois

¹⁰⁷ Rapport sur la ROH, DGOS, édition 2018

¹⁰⁸ La direction commune résulte d'une délibération identique des conseils des établissements concernés et se traduit par une convention entre eux.

¹⁰⁹ Enquête IGAS

¹¹⁰ 94 Nord, 94 Est, 94 Psy Sud Paris, Les Collines de Normandie, Alpes-de-Haute-Provence, Aube et Sézannais, Marne Haute-Marne Meuse, Nord Franche-Comté, Nord Yonne

¹¹¹ Rapport IGAS RM2012-020, annexe 10

établissements passe ainsi de 9 à 25 %, tandis que les fusions à deux établissements régressent de 90 à 71 %.

[249] Par contre, le nombre de fusions d'établissements de santé ne paraît pas augmenter sensiblement dans le temps, en légère augmentation néanmoins en 2016 et 2017 : 6,7 fusions par an en moyenne sur la période 2012-2015, 9 en 2016, 9 en 2017, 6 en 2018. Deux d'entre elles ont récemment abouti à la fusion de tous établissements d'un même GHT¹¹².

[250] 28 GHT répondant à l'enquête IGAS indiquent que 26 nouvelles fusions d'établissements de santé sont envisagées dans les prochaines années, dont une pourrait aboutir à la fusion entre l'ensemble des établissements du GHT.

2.1.2.2 La non résolution des situations problématiques

- Depuis 2016, seuls quelques ajustements marginaux ont été apportés aux périmètres des GHT constitués

[251] Ces ajustements sont essentiellement liés à des liens historiques ou des flux de patients qui avaient été mal appréciés dans un premier temps. Ils ne remettent pas en cause les équilibres de fonctionnement des GHT dont le périmètre est modifié, en plus ou en moins.

[252] Ainsi, le Centre hospitalier de Barcelonnette qui était partie du GHT Alpes de Haute Provence est devenu membre du GHT Hautes Alpes. De même, le périmètre du GHT Haute-Saône a été revu avec le rattachement du CH de Gray initialement membre du GHT Centre Franche-Comté. Le CH de Graulhet qui appartenait au GHT Haute Garonne est désormais rattaché au GHT Cœur d'Occitanie.

- Des velléités de dissidence sont notables dans quelques GHT

[253] Ces situations de trouble, plus ou moins marqué, dans les relations entre établissements d'un même GHT, en perturbent le fonctionnement, parfois jusqu'à le compromettre.

[254] A titre illustratif, on citera plusieurs situations problématiques à des titres et niveaux divers : le GHT Basse Alsace sud Moselle, où les élus du nord Alsace demandent ouvertement la création d'un nouveau GHT autour du CH d'Haguenau, la situation du CH d'Arles entre le GHT 13 et le GHT Cévennes Gard Camargue, celle du CH de Château-Thierry qui paraît revendiquer son détachement du GHT Saphir, de même que le CH du Beaujolais vert qui souhaiterait quitter le GHT Loire pour le GHT Rhône nord Beaujolais Dombes, enfin la désignation contestée du CH support du GHT 77 sud, ou encore la situation du GHT sud Drôme-Ardèche¹¹³.

[255] Parmi ces situations, celle du GHT BASM paraît la plus complexe. Les promoteurs d'un nouveau GHT présentent un bilan d'étape péjoratif de l'existant (« gouvernance lourde, vie institutionnelle inégalement animée, fonctions mutualisées peu efficaces, projet médical partagé peu avancé »), qu'ils expliquent notamment par la taille et le nombre d'établissements trop élevés du GHT actuel. Ils proposent la création d'un nouveau GHT conciliant « masse critique » adaptée, « pertinence » et « opérationnalité », dans une démarche qui paraît rassembler élus, communautés médicales et directions de 7 établissements du nord Alsace ; les documents constitutifs de ce nouveau GHT ont été

¹¹² 75 Paris Psychiatrie et Neurosciences et 77 nord.

¹¹³ Le CH de Montélimar, établissement support instaurant difficilement la gouvernance et les coopérations attendues.

approuvés à l'été 2019 et transmis au directeur général de l'ARS Grand Est, qui a diligenté une mission d'audit pour établir un état des lieux du fonctionnement du GHT BASM.

[256] Quant au CHU de Nîmes, il demande de « signer une convention d'association, voire d'intégration, avec le Centre Hospitalier d'Arles pour conserver, optimiser et développer les nombreuses coopérations existantes, en raison de son implantation sur son bassin de santé ». La part de la patientèle arlésienne représente en effet plus de 13 % de l'activité du CHU de Nîmes et l'attractivité du CHU vers la zone arlésienne paraît très élevée. L'ARS PACA considère que « la situation hors région et hors GHT13 du CHU de Nîmes nécessite d'envisager des dispositions de coopération particulières », sans redécoupage du GHT.

[257] S'agissant du GHT 77 Sud (GH Sud Ile-de-France, GH Sud Seine-et-Marne), la désignation de l'établissement support est contestée par le GH Sud Seine-et-Marne (recours devant le tribunal administratif). Le GH Sud Ile-de-France a été désigné par l'ARS en raison « de son rôle dans la permanence des soins, son implantation sur une zone démographique dynamique, son concours apporté à la pérennisation des soins de proximité ». Après avoir diligenté une mission d'expertise, l'ARS Ile de France a engagé le GHT 77 sud à se rapprocher d'un autre GHT pour l'élaboration d'un nouveau PMSP, ce qui pourrait *in fine* se traduire par un redécoupage des GHT existant.

- Des ajustements nécessaires

[258] Deux problèmes doivent être traités : les GHT dont l'offre de soins n'atteint pas une masse critique suffisante, la place des EPSM.

- Les « petits GHT » (cf. *supra* 1132)

[259] L'existence de ces GHT est en général due à des problématiques d'indépendance revendiquée, de territoire ou d'établissement, ou de craintes d'absorption ou au moins de perte d'autonomie.

[260] Pour autant, ils ne disposent à l'évidence pas d'une offre de soins correspondant à ce qui est attendu d'un GHT. Cette insuffisance est compensée, soit par l'existence d'une offre territoriale alternative privée, concurrente de l'offre publique, soit par des taux de fuite élevés vers des GHT voisins, le cas échéant organisés par des conventions de coopération.

[261] Par ailleurs, la gouvernance de GHT et les objectifs en termes de mutualisation pâtiennent souvent d'un contexte marqué par un très faible nombre d'établissements et des moyens souvent très limités, ainsi, le cas échéant qu'une démographie médicale insuffisante.

Le GHT Centre Bretagne

Selon l'ARS : « Le GHT Centre Bretagne - composé de deux établissements de santé et un établissement médico-social - propose une offre de soins incomplète et relativement isolée, ne permettant pas de structurer des filières de soins abouties et en difficulté sur le plan de l'attractivité médicale. Les tensions démographiques, médicales et paramédicales ont des conséquences sur le maintien du niveau d'activité, jusqu'à remettre en cause la sécurité des soins. La population du territoire couvert est de 140 000 habitants, avec une densité faible (50 hab/km²). Le point d'étape réalisé en 2019 confirme la fragilité du GHT CB sur le plan des effectifs médicaux, mais également budgétairement. »

Selon le GHT Centre Bretagne : « De par la situation géographique du GHT, les élus et la communauté médicale se mobilisent fortement pour pérenniser et améliorer le service public rendu à la population. Face à la problématique de la démographie médicale, le GHT s'associe au CHU de référence, ainsi qu'à l'établissement support d'un GHT voisin (Sud Bretagne). »

Selon le GHT Sud Bretagne : « Un contrat inter GHT a été signé entre le GHT Bretagne Sud piloté par le GHBS de Lorient et le GHT Centre Bretagne piloté par le CHCB de Pontivy. Les deux GHT représentent un volume populationnel de 400 000 habitants et sont engagés dans des coopérations médicale croissantes, avec des perspectives sur les systèmes d'information... »

Source : Enquête IGAS

○ Psychiatrie et GHT

[262] En 2016, les instances de nombreux établissements psychiatriques, ainsi que des syndicats et conférences du secteur ont manifesté leur opposition à l'intégration dans les GHT, arguant de son manque d'intérêt voire de pertinence, des spécificités de l'organisation des soins en santé mentale, et de craintes de pertes d'autonomie et de moyens. Ceci renvoie à la fois aux outils d'organisation de l'offre en santé mentale, et à l'intégration de celle-ci dans les GHT.

[263] Par définition, les établissements dérogatoires de santé mentale et les GHT spécialisés ne peuvent s'inscrire dans la dynamique d'élaboration d'une offre de soins complète et graduée. Pourtant, les liens entre services de psychiatrie et dispositif général de prise en charge sont nombreux : urgences, maladies somatiques des malades mentaux...

[264] Par ailleurs, les particularités de la psychiatrie, en termes de pratiques, organisation, financement, relations extérieures ne peuvent être niées et la mission a pu noter des intégrations parfaitement réussies dans le cadre des GHT, dans le respect des spécificités de la santé mentale, notamment de la constitution de CPT.

Deux expériences (anonymisées) d'EPSM partie d'un GHT

« Les relations avec l'EPSM sont caractérisées par la défiance et la volonté de ne pas s'engager dans la dynamique de GHT, sans même évoquer une dynamique intégrative. L'établissement support défend l'idée d'une direction commune qui préserverait les spécificités de la santé mentale tout en garantissant une stratégie commune. »

« Dans la mesure où le GHT réunit deux établissements spécialisés en psychiatrie et un CHU qui dispose de l'activité hospitalo-universitaire en psychiatrie-santé mentale, il a été décidé une organisation spécifique pour la filière santé mentale. Celle-ci repose sur un comité stratégique propre à la filière, réunissant les directeurs d'établissement, les PCME et les directeurs de soins, avec une présidence tournante chaque année. Cette organisation permet de donner une visibilité particulière à la filière santé mentale et de tenir compte de ses spécificités en articulation avec les autres filières du GHT. »

Source : Enquête IGAS

2.1.3 Une soutenabilité de certains GHT limitée par celle des établissements support et parties financièrement fragiles

- Une dynamique de GHT tributaire de la santé budgétaire et financière de l'établissement support

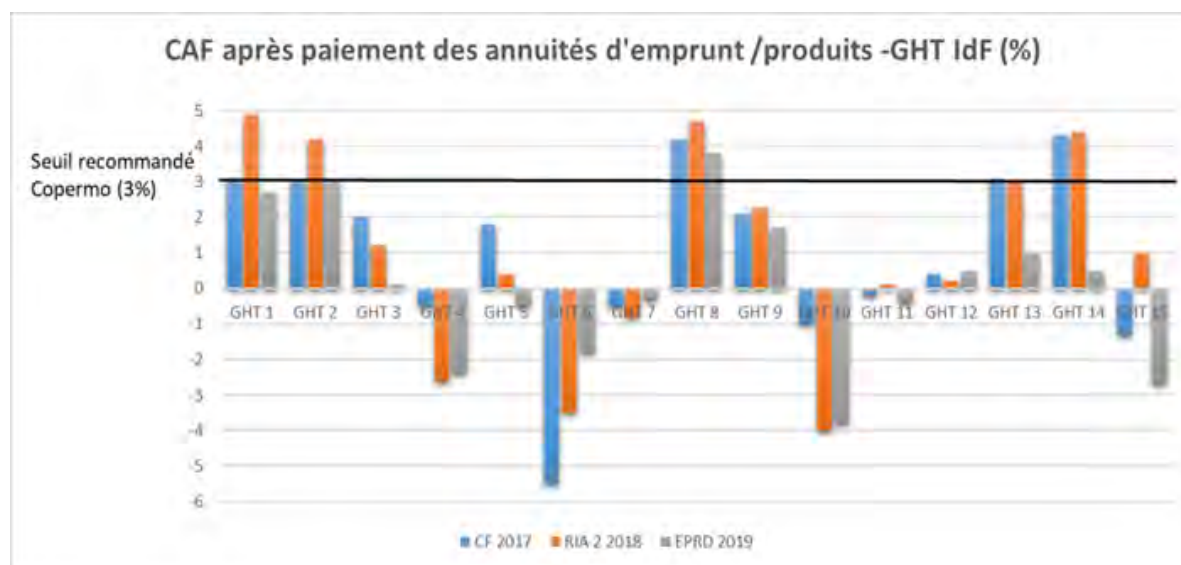
[265] Le rôle dévolu à l'établissement support suppose une capacité d'entraînement auprès des établissements parties. Ceci requiert de sa part une crédibilité faite de ressources en compétences et moyens, de capacité à élaborer, à déployer des projets communs à l'échelle du groupement et à soutenir les établissements du territoire.

[266] Au chapitre des investissements, le premier domaine concerné est évidemment le système d'information. La mission a pu constater un engagement de l'ensemble des GHT dans la mutualisation et la convergence des SI (*cf. supra*), avec des coûts qui, malgré les aides Hop'en, paraissent difficilement soutenables, ou conduisent à des ajustements sur la nature même des investissements envisagés ou les délais de mise en œuvre.

[267] Plus globalement, à travers les PGFP des établissements support et parties, le GHT et ses instances ont une approche exhaustive des investissements projetés à l'échelle territoriale. Ceci constitue l'assurance d'une transparence des initiatives envisagées, mais aussi une mise à l'épreuve de la capacité territoriale à les orienter et le cas échéant les soutenir, sans préjudice des compétences des instances de chaque établissement membres du GHT.

[268] La mission a pu noter que des établissements support puissants peuvent ainsi appuyer des opérations de restructuration immobilière, de rapprochement de services, d'acquisition de matériels, qui s'avèrent essentielles pour le déploiement du GHT. A l'inverse, des GHT moins bien dotés en capacités de financement n'y parviennent pas. A titre d'exemple, la situation financière des GHT d'Ile de France montre des capacités d'autofinancement variables, mais globalement insuffisantes pour le financement des investissements.

Graphique 19 : Situation financière des GHT d'Ile-de-France



Source : ARS Ile-de-France

- L'intérêt d'un examen de la situation financière au niveau du GHT

[269] Si nombre d'établissements support a un niveau de crédibilité indiscutable, d'autres peuvent présenter des insuffisances qui nuisent à la dynamique de groupement. Il en va ainsi des établissements qui se trouvent soumis à des contrats de retour à l'équilibre, ou dont la situation est examinée par le Copermo Performance.

[270] A ce titre, la mission observe avec intérêt que l'inscription sur la liste des établissements suivis par le Copermo Performance évolue vers une logique territoriale. Ainsi des établissements parties peuvent être inclus au dossier examiné, en lien avec leur établissement support.

[271] La généralisation d'un examen consolidé de la situation d'un établissement support au niveau du GHT ne peut qu'être recommandée.

2.1.4 Un suivi à consolider, une évaluation balbutiante

2.1.4.1 Des méthodes de suivi à structurer

- En général, un suivi adéquat des évolutions des fonctions support

[272] Qu'il s'agisse des achats ou des systèmes d'informations hospitaliers, les établissements support sont familiers de fonctionnements en « mode projet ». Ses différentes phases sont classiques, et malgré la qualité évidemment variable de mise en œuvre selon les GHT, elles sont en général correctement maîtrisées :

- élaboration concertée d'une planification de l'action : Plan d'action achat territorial (PAAT) ou Schéma directeur des systèmes d'informations (SDSI), fixant les objectifs, priorités et calendriers de réalisation. Les pouvoirs publics ont outillé les GHT à l'aide de guides méthodologiques, « kits d'appui », trames, et le recours à des appuis extérieurs est fréquent ;
- adaptation de l'organisation et de la gouvernance interne (comité de coordination au niveau du GHT, direction des achats du GHT, comptes rendus aux instances...) ;
- élaboration de la feuille de route, avec fiches actions, et désignation de responsables ;
- pilotage de la performance comprenant la fixation d'indicateurs de résultat¹¹⁴ (atteinte de tel niveau de déploiement d'un applicatif à telle date, gains sur tel segment d'achat, indicateurs d'efficacité de processus...) ;
- organisation du suivi, bilans périodiques et actions correctrices.

- Le plus souvent, un suivi insuffisant de la mise en œuvre des PMP

[273] Les PMP font en général une certaine place aux méthodologies de mise en œuvre en « mode projet ». A titre illustratif, le PMP du GHT Brocéliande Atlantique décline pour chaque filière de soins, un tableau détaillé comportant les enjeux/objectifs opérationnels/actions à mener/déclinaison par établissement/calendrier/indicateurs (de processus et de résultat) ; le pilotage de la filière est précisé. Celui du GHT Cœur d'Occitanie prévoit également des fiches actions, des pilotes par action et un dispositif de reporting aux instances comportant des indicateurs de suivi.

[274] Cependant, d'autres PMP, les plus nombreux, moins précis, s'arrêtent au niveau des objectifs opérationnels, ou, tout en détaillant des modalités génériques de suivi, renvoient aux travaux ultérieurs le choix des actions et des indicateurs.

Suivi de mise en œuvre des PMP : résultats de l'enquête IGAS

Un peu plus des trois quarts des GHT répondant ont mis en place un dispositif de suivi. Dans 85 % des cas, le suivi est alors assuré par les instances du GHT, dans 11 % des cas par un comité de suivi spécifique. Le suivi opéré est à la fois global (trois quarts des suivis) et détaillé par filières (84 % des suivis), et dans cette dernière situation, des référents de filière sont désignés dans 90 % des cas. Dans deux tiers des situations, des indicateurs de suivi par action et des échéances de réalisation sont définis au sein du PMP. Dans 40 % des cas, un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PMP est tenu.

Source : Enquête IGAS

¹¹⁴ Voir le Guide méthodologique « La fonction achat des GHT » (DGOS), Fiche métier 6 : recommandations sur les outils de pilotage de la fonction achat

[275] Globalement, malgré quelques bons exemples de suivi régulier et procéduré, la mission a noté un décalage entre les ambitions affichées dans les PMP, parfois trop élevées, et la réalité des dispositifs de suivi. Ceci ne signifie pas que les actions prévues ne sont pas mises en œuvre, mais que les pilotes des actions engagées ne disposent souvent pas des instruments, des moyens support ou du temps nécessaire pour des comptes rendus aux instances, l'analyse de résultats ou une prise de recul périodique sur leur activité.

2.1.4.2 Une évaluation quasi inexistante des GHT

[276] Une évaluation des actions entreprises permettant d'en vérifier la pertinence en continu et, le cas échéant d'en modifier le sens, est indispensable. Or, au-delà du suivi, très peu de GHT affichent aujourd'hui des ambitions en matière d'évaluation de actions engagées.

- En 2016, des ambitions nationales d'évaluation non suivies d'effet

[277] Après l'adoption de la loi de janvier 2016, une certaine ambition d'évaluation du programme GHT a été affichée. Le SGMAP avait été saisi et avait produit un cahier des charges de l'évaluation. Celui-ci prévoyait de manière classique une évaluation des moyens et dispositifs engagés pour le déploiement de la réforme, et surtout une évaluation de ses résultats et de ses impacts¹¹⁵. Trois niveaux d'évaluation étaient envisagés, dont un niveau territorial, piloté par les GHT. Le SGMAP précisait : « En effet, bien qu'ils n'y soient pas obligés, il pourrait y avoir un intérêt à ce que les GHT organisent à leur niveau un processus d'évaluation de la réforme permettant de contribuer en interne, à leur démarche d'amélioration continu et en externe, aux autres niveaux d'évaluation (régional, national). »

[278] Force est de constater que ce dispositif est resté lettre morte.

- Une quasi absence d'évaluation au niveau des GHT

[279] Des travaux de recherche¹¹⁶ ont été menés sur « l'évaluation de l'impact des coopérations et recompositions hospitalières », qui débouchaient notamment sur des propositions détaillées en termes d'objectifs d'évaluation des GHT (accessibilité de l'offre, qualité des soins, performance économique, conditions de travail et emploi, acceptabilité sociétale) et d'indicateurs associés.

¹¹⁵ « L'évaluation des résultats porte sur :

- l'efficacité du dispositif, c'est-à-dire, l'atteinte des objectifs de la réforme, le respect des jalons réglementaires, les réalisations ;
- sa performance, c'est-à-dire le rapport entre les moyens engagés et les résultats produits.

Les résultats sont ici évaluables à partir de la réalisation des Projets médicaux partagés (PMP) et des Projets de Soins Partagés (PSP), à partir du début de mise en œuvre, soit à partir de juin 2019.

L'évaluation des impacts vise à évaluer les effets de la réforme pour les destinataires directs (notamment patients, professionnels de soins au sein des établissements du GHT), mais aussi les effets non explicitement visés (effets positifs, négatifs, attendus, imprévus, etc.) dans la politique et sur d'autres destinataires éventuels.

Les impacts peuvent être de différentes natures et relever par exemple de :

- santé publique ;
- finances publiques ;
- conditions de travail des professionnels.

Ces impacts ne peuvent s'évaluer qu'à moyen ou long terme de la mise en œuvre de la politique publique (à minima à 3 ans de la mise en œuvre des PMP), soit à partir de juin 2020. » Extrait du cahier des charges de l'évaluation du Programme GHT-SGMAP

¹¹⁶ Programme de recherche 2015/2016, DGOS-CHU Nancy-NFT, Evaluation de l'impact des coopérations et recompositions hospitalières, Pr E. Vigneron et alii

[280] A la connaissance de la mission, ces travaux n'ont pas été diffusés aux GHT. Quelques GHT organisent des démarches sectorielles d'évaluation, plus facilement dans le domaine de la performance économique que dans celui de l'accessibilité ou de la qualité soins. Une filière gériatrique suit par exemple les hospitalisations sans passage aux urgences et les taux de réhospitalisation. Des filières fortement et historiquement structurées suivent de manière usuelle certains indicateurs (filieres AVC, oncologie...). En toute hypothèse, sauf exception, aucune démarche organisée et globale d'évaluation d'impact n'a été identifiée.

2.2 Une dynamique à conforter

2.2.1 Les ARS : un suivi et un accompagnement des PMP à renforcer

[281] Les ARS ont dans l'ensemble su mettre en place des dispositifs de suivi précis des GHT, même si leur appréhension des PMP apparaît plus difficile. Par ailleurs, l'accompagnement des GHT passe par des appels à projets, dont la gestion régionale devrait être privilégiée, et par des initiatives contractuelles qui restent rares.

2.2.1.1 Des modalités de suivi variables

- Un suivi souvent rapproché des GHT

[282] Les ARS ont mis en place un dispositif de suivi rapproché des GHT, souvent élaboré et précis. Certaines réunissent, le plus souvent sur base annuelle, des « comités stratégiques », avec l'ensemble des GHT, pour examiner des enjeux régionaux et transversaux. Des réunions thématiques consacrées à tel aspect de la gestion des GHT (achats, systèmes d'informations...) peuvent être également programmées, quoique plus rarement. La plupart organise des rencontres spécifiques ou « dialogues de gestion », annuels ou semestriels, avec chaque GHT, généralement au niveau de l'ARS, plus rarement à celui des délégations territoriales.

[283] Plusieurs ARS ont développé des instruments de suivi : « fiches météo » pour chaque GHT, remplies par les chefs de projet GHT au siège ou en délégation départementale, suivi de « feuilles de route types » remplies à l'issue de chaque dialogue de gestion, « grille annuelle d'évaluation », reprenant les constats de l'année précédente, suivi des zones d'attractivité, du capacitaire, des parts de marchés et taux de fuites,...

- Une appréhension plus modeste des évolutions des filières de soins

[284] Quelques ARS ont mis en place un suivi spécifique de filières significatives, reflétant les priorités des PRS et des PMP.

Suivi transversal par filière par l'ARS Bretagne

« Ce suivi est de la responsabilité des deux chargées de missions GHT, qui font le lien avec les différents référents thématiques de l'Agence lorsque les points d'avancements sont transmis. La grille d'évaluation annuelle reprend, par filière, les plans d'actions inscrits dans le projet médico-soignant partagé ainsi que les jalons prévus et validés par les référents. Un commentaire et/ou un ajustement peut être formulé lors de la réunion annuelle avec le GHT ou dans le courrier de cadrage. Certaines filières à fort enjeu peuvent aussi être travaillées dans le cadre des comités stratégiques avec l'ensemble des GHT : retour d'expérience, partage de la problématique, ... Ainsi, à l'ordre du jour 2018 : Intérim médical (état des lieux et plan d'action) ; organisation régionale des activités d'imagerie ; anatomo-cytopathologie (état des lieux et perspectives). En 2019, trois retours d'expérience ont été présentés par les GHT : organisation territoriale de la chirurgie viscérale ; service de santé au travail territorial ; GHT Alliance Cornouaille Santé et CPTS. »

Source : Enquête IGAS

[285] D'autres ARS signalent des initiatives de suivi des PMSP, sous forme de réunions spécifiques ou d'outils dédiés. Globalement, il apparaît néanmoins que les PMSP et les différentes filières de soins sont d'appréhension moins aisée pour les ARS, et que les objectifs de gradation et de qualité des prises en charge sont moins facilement traçables que ceux relatifs aux fonctions support.

2.2.1.2 Des incitations à agir, dans le respect de l'autonomie de gestion des établissements

● La révision sollicitée des PMP

[286] Seules trois ARS sur les treize métropolitaines ont fixé des échéances de révision des PMP. Par contre, onze sur treize ont formulé des recommandations tenant à leur évolution, dans les lettres d'approbation initiales des PMP, et dans le cadre de travaux de suivi.

[287] Les thèmes d'ajustement et de travail qui sont les plus souvent cités sont :

- la mise en conformité avec le PRS,
- la gradation des soins au sein des filières,
- l'articulation avec les différents segments de l'offre de soins (ville, médico-social, établissements privés), notamment pour assurer la meilleure prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, et l'effectivité du « virage ambulatoire ».

La qualité, la sécurité des soins et la politique de prévention sont plus rarement citées.

● L'utilisation des appels à projets, un travail partenarial ARS-GHT à développer

[288] Les appels à projets nationaux sont pleinement relayés par les ARS et utilisés par les GHT. A titre d'exemple, l'appel à projets prévu par l'instruction du 6 novembre 2017, doté de 25 M€, qui comportait 16 thématiques possibles¹¹⁷ a été traité par les ARS comme un véritable levier pour accompagner la mise en œuvre des PMP et de la mutualisation des fonctions support.

¹¹⁷ « Sur les 1 020 projets déposés par 130 GHT, 376 concernant 125 GHT ont été sélectionnés par les agences régionales de santé (ARS). La moitié des projets retenus concerne 5 thématiques parmi les 16 : l'organisation en commun des activités médico-techniques ; la mise en place d'équipes de territoire ; l'outillage (en systèmes d'information) des fonctions supports mises en commun au sein du GHT ; l'approfondissement du schéma directeur du système d'information du GHT ; la mise en place d'un management territorial de la qualité. 66 % des projets retenus portent sur la mise en œuvre du projet médico-

[289] Doté de 10 M€, l'appel à projet lancé en septembre 2019¹¹⁸ est spécifiquement destiné à appuyer la mise en œuvre des PMSP sur trois thématiques : approfondissement des relations ville-hôpital, implantation d'équipes de territoires et lancement de projets d'autoévaluation. Il s'agit cependant d'un appel à gestion nationale qui, malgré l'association affirmée des ARS et des promoteurs de projets, n'induit pas le même travail partenarial entre ces deux catégories d'acteurs.

[290] Certaines ARS ont pu, à leur initiative et sur financement FIR, lancer des appels à projets régionaux. C'est par exemple le cas de l'ARS Pays de la Loire, qui en juillet 2018, a sollicité des projets relatifs à deux thématiques : partage et élaboration d'une stratégie d'investissement immobilier, organisation en commun d'activités logistiques et médico-techniques. Ce type d'initiative apparaît cependant plus rare.

• Quelques initiatives contractuelles

[291] L'ARS de Bretagne conclut, de manière originale, des contrats territoriaux hospitaliers avec les GHT de la région, prolongeant ainsi la politique initiée en la matière avec les CHT. Les contrats comprennent les aides à la constitution et au développement des GHT, notamment la création de postes médicaux partagés ou l'acquisition de certains équipements. Ils soutiennent de manière opérationnelle les objectifs des PMSP et constituent un levier de l'ARS pour faire évoluer l'offre de soins et appuyer la constitution de filières graduées.

[292] Ce dispositif paraît aujourd'hui exceptionnel, la plupart des ARS considérant que l'absence de personnalité morale des GHT ne se prête pas à ce type de contrat. La possibilité de conclure un CPOM unique avec les établissements d'un GHT, ouverte par la loi du 24 juillet 2019, devrait conduire à un développement de ce type de document.

2.2.2 Une dynamique inégale de recomposition de l'offre de soins

2.2.2.1 Des filières graduées exemplaires, souvent confortées par la constitution des GHT

[293] Nombre de filières de soins majeures se sont structurées dans les établissements bien avant la constitution des GHT, dans la ligne de plans de santé publique nationaux : la cancérologie dans le cadre de trois plans cancer successifs¹¹⁹, la périnatalité avec des plans répétés dans le temps¹²⁰, la neurologie et notamment la prise en charge de l'AVC¹²¹, la gériatrie¹²² les urgences¹²³...

[294] Les GHT ont conforté ces filières en élargissant la réflexion, le partage des difficultés et la recherche de solutions communes à l'ensemble des établissements du groupement. La filière AVC en est un exemple caractéristique, alors qu'elle est structurée depuis environ 15 ans en fonction des sites d'implantation d'unités neurovasculaires. L'apport des GHT a été d'élargir et de conforter le fonctionnement de la filière aux deux extrémités du parcours du patient : l'arrivée en urgence dans un établissement distant du site de l'unité de soins intensifs de neurologie, pour garantir une prise en charge rapide et adaptée, et sa sortie vers une structure d'aval, en général de SSR pour faciliter

soignant partagé du GHT (thématiques 1 à 12) et 37 % sur les systèmes d'information (thématiques 13 à 16) » (source : ministère de la santé et des solidarités).

¹¹⁸ Instruction DGOS du 6 septembre 2019

¹¹⁹ Le plan cancer 3 (2014-2019)

¹²⁰ Les premiers plans périnatalité remontent aux années 1970

¹²¹ Plan national d'actions AVC 2010-2014

¹²² Circulaire DHOS du 28 mars 2007

¹²³ Plan urgences 2004-2008

l'admission et la poursuite du suivi du patient par l'équipe de neurologie (GHT Bourgogne- Côte d'Or et GHT Maine et Loire). Dans ces deux exemples, différents outils sont mis en œuvre : transmission d'images, protocoles, évaluation formalisée des délais de prise en charge, téléconseil, inventaire des places, temps médical de neurologue en SSR.

2.2.2.2 Une faible recomposition de l'offre de soins et des plateaux médico-techniques

[295] Ce constat n'est pas illogique à mi-parcours des PMP qui, le plus souvent, s'attachent à consolider et fluidifier les parcours de soins sans prévoir des restructurations ou redistributions d'activités sur le territoire.

- Divers arguments sont avancés pour justifier cette réserve sur la recomposition de l'offre

[296] Quatre arguments principaux sont avancés : les délais d'élaboration étaient trop courts pour concevoir et faire valider des PMP restructurants ; la commande de cette démarche de restructuration de l'offre, lorsqu'elle est nécessaire, revient à l'ARS, même si les GHT peuvent être force de propositions ; les élus peuvent s'y opposer ; enfin il y aurait lieu d'attendre la réforme annoncée des autorisations d'activités de soins pour agir sur des critères revus et stabilisés par un nouveau cadre réglementaire.

[297] Sans être dénués de fondement, ces arguments limitent assez généralement l'action des GHT pour la gradation des soins à la mutualisation des ressources humaines et à ses différentes modalités : le temps partagé médical, les consultations avancées¹²⁴, la constitution de pôles territoriaux ou d'équipes territoriales ou encore la télémedecine.

- Les plateaux médico-techniques : des dynamiques variables

[298] Une catégorie de GHT se caractérise par la réticence voire une résistance à toute restructuration, notamment pour la pharmacie et la biologie. Les postures sont défensives et les craintes multiples (perte d'activités, d'autonomie, "crainte d'être sacrifié") ; les situations sont bloquées.

[299] Un deuxième groupe de GHT sans doute majoritaire, affiche des projets en mettant en avant les obstacles souvent avec pertinence. Il en va par exemple de la démographie médicale et des problèmes d'attractivité, très souvent cités pour les activités de radiologie.

[300] Un troisième groupe de GHT, bénéficiant d'une forte antériorité à travers des GCS¹²⁵ par exemple, ou grâce au leadership des responsables biologistes ou pharmaciens des disciplines médicotéchniques de l'établissement support, conduisent des projets ambitieux à l'échelle de leur territoire qui devraient procurer à ces GHT de réels avantages concurrentiels.

¹²⁴ Les données recueillies concernant les consultations avancées ne sont toutefois pas exploitables Si le nombre des consultations recensées double entre 2015 et 2018, la question a parfois été comprise comme portant sur les sites de consultations avancées (chiffres correspondant à quelques unités), parfois comme portant sur le total des consultations réalisés (chiffres pouvant atteindre plusieurs milliers)

¹²⁵ Pour 2/3 des GHT une coopération préexistait dans l'une des activités médicotéchniques. Les GCS de moyens sont nombreux en radiologie et en biologie médicale.

- Cependant, quelques exemples de restructuration effective ont pu être recueillis¹²⁶.

[301] Pour la filière naissance et périnatalité on peut citer l'accompagnement de la transformation de la maternité d'un établissement partie en centre de périnatalité (Oise ouest et Vexin¹²⁷) ; ou encore la transformation d'une maternité en centre de périnatalité (GHT Oise ouest et Vexin¹²⁸ ou GHT Eure-Seine¹²⁹).

[302] De même, quelques exemples de restructuration de la filière urgences sont significatifs, avec une reconfiguration des sites d'urgence réalisée ou en projet, associée à la constitution d'équipes territoriales. Ainsi dans le GHT de la Vienne, avec une équipe territoriale unique pilotée par le CHU support pour 4 sites avec des organisations différenciées¹³⁰ ; ou dans le GHT de la Sarthe, département où un projet de transformation de 2 des 5 services d'urgence en centre de soins non programmés est en cours d'élaboration.

[303] Les exemples de restructuration de filières restant peu nombreux, la mission ne peut conclure à l'existence d'un impact global des GHT sur la recomposition de l'offre de soins.

2.2.2.3 GHT et qualité des prises en charge : un lien à confirmer par les procédures de certification

[304] « *La certification des établissements de santé est conjointe pour les établissements parties à un GHT* »¹³¹. Toutefois, conséquence de l'autonomie juridique des établissements membres, le périmètre de certification comprend deux dimensions : une évaluation de chaque établissement et une évaluation, à l'échelle du groupement, le tout à partir d'un compte qualité commun.

[305] En réponse à l'enquête de la mission, 96 GHT ont cité des actions significatives dans ce domaine, en particulier pour la gestion des événements indésirables, la prescription, la dispensation et l'administration du médicament, la bientraitance. Outre ces thèmes classiques de la certification, des initiatives se structurent sur des sujets liés à l'objet même du GHT, comme les parcours de soins : modélisation selon les filières, fiches de liaison EHPAD/hôpital ou urgences/MCO/Psychiatrie (Deux-Sèvres, Hainaut-Cambrésis, Tarn Revelois et Saint Ponais, Alliance Gironde...).

¹²⁶ Au premier semestre 2017, l'ANAP avait réalisé des fiches de synthèse concernant quelques exemples de coopération territoriale, certaines antérieures à la création des GHT, et certaines hors champ médical ou médico-technique. L'ANAP avait pour objectif de « témoigner des travaux ainsi réalisés par les acteurs hospitaliers sur leur territoire, sans chercher, à ce stade, à en tirer des enseignements ». Les fiches retraçaient les motivations initiales / déterminants initiaux du projet, une description de la démarche mise en œuvre, de la situation en 2017 et le regard des acteurs sur le travail réalisé.

¹²⁷ Il s'agit de la maternité du CH de Creil transférée au CH de Senlis en février 2019, mais cette opération n'est pas définitivement arbitrée, une concertation se poursuivant entre les parties sous l'égide du préfet

¹²⁸ Il s'agit de la maternité du CH de Creil transférée au CH de Senlis en février 2019, mais cette opération n'est pas définitivement arbitrée, une concertation se poursuivant entre les parties sous l'égide du préfet

¹²⁹ Il s'agit de la maternité du CH de Bernay dont l'activité d'accouchements a cessé en mars 2019 et dont la transformation en centre de périnatalité est actée avec l'avis favorable du comité territorial des élus

¹³⁰ Par exemple pour un établissement désormais fusionné avec le CHU de Poitiers, et dont le site d'urgences tend vers une organisation de centre de soins non programmés, avec principe d'orientation et de suivi coordonné des patients avec la régulation SAMU.

¹³¹ Article L 6132-4 du code de la santé publique qui a donné lieu à une déclinaison dans une fiche de la HAS intitulée : « informations pratiques pour préparer la démarche conjointe de certification des GHT (mars 2019)

La démarche qualité du GHT Loire Atlantique

« Le GHT 44 a fait le choix de formaliser sa politique qualité, sécurité des soins et relation usagers dans une note stratégique validée par toutes les instances du GHT. Elle structure et développe un management de la qualité et de la gestion des risques au niveau territorial ainsi que l'accompagnement du projet médico-soignant partagé en participant à l'évaluation de la qualité de sa mise en œuvre et de sa pertinence. Au regard des orientations connues de la V2020, et de l'analyse croisée réalisée, 4 axes stratégiques ont été formalisés dans ce plan d'action partagé par les 13 établissements membres.

L'axe 1 vise à « Développer un management de la qualité conjoint », concrétisé par la mise en œuvre d'une gouvernance commune via un COPIL ainsi que par la mise en place d'une procédure de suivi des événements indésirables inter-établissements.

L'axe 2 a pour but d'« accompagner les principales filières du projet médico-soignant partagé et les thématiques prioritaires », notamment par la création d'une méthodologie patients traceurs inter-établissements et pour la priorisation des parcours à évaluer en lien avec les groupes de travail du PMSP.

L'axe 3 veut « Engager les usagers dans la politique qualité et promouvoir le droit des patients », ce qui se fait via l'intégration des représentants des usagers membres du CDU du GHT dans différents groupes de travail, ainsi que par la mise en place d'une procédure de gestion territoriale des réclamations, etc.

L'axe 4 s'engage à "Communiquer et valoriser les actions emblématiques de la politique Qualité". A titre d'exemple le Forum du GHT (événement annuel à destination de tous les professionnels) de l'année 2019 sera centré sur la démarche qualité et verra remettre le prix de l'innovation qualité du GHT 44. »

Source : Enquête mission IGAS

2.2.3 L'incertitude des gains de mutualisation

2.2.3.1 Des retours sur investissements encore non objectivés ou inexistants

[306] Dans le domaine des systèmes d'information, les RSI¹³² sont actuellement inexistants ou indirects. En toute hypothèse, ils seront surtout lointains compte tenu de la durée de déploiement des projets ambitieux actuellement lancés (*cf. supra*). Ils seront même précédés de coûts supplémentaires liés à la mise en place des infrastructures et à l'accompagnement des équipes pour le déploiement des nouveaux logiciels.

[307] La mutualisation dans le domaine des SI n'a pas comme motivation première de générer des gains, elle a d'abord un objectif de convergence, obligatoire et nécessaire, impliquant la cible d'un DPI commun. Cette dynamique suppose d'organiser et de structurer la fonction SI à l'échelle du GHT.

[308] Les secteurs médicotechniques les plus investis par les GHT selon l'enquête IGAS sont la pharmacie, la biologie et l'imagerie. Beaucoup de GHT mènent de front plusieurs démarches de mutualisation.

[309] Pour les trois filières médicotechniques, la difficulté de financement des investissements est unanimement évoquée. Les investissements en système d'informations sont également avancés comme pouvant faire obstacle aux démarches de restructuration et mutualisation, notamment sur les activités de biologie médicale. A l'inverse, l'accréditation COFRAC des activités de biologie apparaît comme un levier efficace de la mutualisation, notamment par l'obligation de regroupement dans un laboratoire unique qu'elle implique.

¹³² Retour sur investissement

[310] Pour l'ensemble de ces projets, il serait légitime de nourrir des attentes en termes de RSI¹³³, même s'il est trop tôt pour en mesurer l'ampleur. Ces activités (biologie et pharmacie) ont en effet de forts contenus de processus et de logistique et leur organisation, combinée aux investissements technologiques, doit générer des gains de productivité.

[311] La mission préconise que les RSI fassent l'objet d'un suivi conjoint et attentif par les GHT et les ARS.

2.2.3.2 L'absence d'impact évaluable sur les effectifs rémunérés

[312] Le plan triennal ONDAM était ainsi présenté début 2015¹³⁴ :

"Le plan d'économies fixe des objectifs ambitieux de transformation du système de santé pour répondre à ces enjeux en cohérence avec la Stratégie nationale de santé (SNS). Il s'articule autour de quatre axes :

- Concrétiser le « virage ambulatoire » et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville ;
- Accroître l'efficacité de la dépense hospitalière ;
- Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques ;
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

S'agissant des établissements de santé, il n'y a pas d'objectif chiffré de réduction des effectifs. La maîtrise des dépenses devra être assurée par une politique plus dynamique sur les achats, par la mutualisation de fonctions supports et, plus largement, par l'adaptation des structures aux prises en charge ambulatoires."

[313] La création des GHT s'est chronologiquement située dans le calendrier de ce plan. La mission a procédé à l'extraction de données de la base Diamant portant sur les effectifs mesurés en ETP sur les comptes financiers¹³⁵. Sur un échantillon d'un peu plus d'une centaine de GHT, les ETP saisis au compte financier montrent sur la période 2015-2018 une augmentation des effectifs d'environ 2 %.

[314] Il serait utile d'adapter les outils de suivi statistique du Ministère des solidarités et de la santé¹³⁶. L'introduction du GHT dans les nomenclatures de l'outil Diamant qui est effective en constitue la première étape. En outre, un changement méthodologique intervenu sur l'édition 2019 de la publication de la DREES¹³⁷ rend la comparaison des données sur trois ans impossible. Seules les données de la DGAFP offrent une réelle cohérence de source et d'exploitation sur les années 2015 à 2017, mais ne sont pas encore disponibles pour 2018.

¹³³ idem

¹³⁴ Communiqué de presse du ministère des affaires sociales, 3 mars 2015

¹³⁵ La base ainsi constituée était incomplète ; elle présentait également un certain nombre de chiffres manifestement incohérents (changements de composition des GHT liés notamment à l'intégration d'EPSM...), quelques données ont donc dû être écartées.

¹³⁶ Les sources statistiques disponibles concernant l'évolution des effectifs sont la DREES (Panoramas de la DREES, les établissements de santé éditions 2017, 2018, 2019), d'une part, et la DGAFP (Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, éditions 2018 et 2019), d'autre part.

¹³⁷ Panorama des établissements de santé

[315] Quelques données de référence peuvent cependant alimenter le présent rapport. Selon la DGAFP les effectifs de la FPH (au 31-12) ont augmenté en moyenne annuelle de 0,9 % sur la période 2007-2017, avec un léger ralentissement pour la progression de 2017 par rapport à 2016 (0,7 %).

[316] Les effectifs en ETP (au 31-12 de l'année) ont cru de 0,24 % sur la période 2015-2017.

Tableau 8 : Evolution des personnels hospitaliers 2015-2017 (ETP au 31-12)

	2015	2016	2017	2017/2015
Personnel médical	100 614	99 727	101 697	1,08%
Personnel non médical	853 689	854 252	854 902	0,14%
Totaux	956 318	955 995	958 616	0,24%

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique DGAFP (2018-2019) ; Champ : emplois principaux, tous statuts, métropole et DOM (hors Mayotte), hors COM et étranger ; hors bénéficiaire de contrats aidés ; pour le personnel médical, y compris internes et résidents, mais hors praticiens hospitalo-universitaires (décomptés avec la fonction publique d'Etat)

[317] En toute hypothèse, il conviendra de vérifier l'évolution des effectifs sur les exercices 2018 et 2019 pour apprécier un éventuel impact des mutualisations mises en œuvre au sein des GHT, qui ne paraît pas identifiable en l'état.

2.2.3.3 Gains sur achats et gains budgétaires : vers une asymptote ?

- La distinction entre gains sur achats et gains budgétaires, source de confusion

[318] Le programme Phare a précédé la mutualisation imposée des achats au niveau des GHT (cf. 1.4.2.1). La démarche animée au plan national par la DGOS et relayée par les ARS a permis de progresser en termes de rationalisation et de professionnalisation des achats au sein des établissements hospitaliers. La mutualisation effective des achats et le transfert de la responsabilité de la commande à l'établissement support à compter du 1^{er} janvier 2018 a indéniablement relancé et structuré un processus de transformation de la fonction achat initiée depuis plusieurs exercices. En intégrant les GHT, la fonction achats a franchi une étape décisive de sa transformation.

[319] Avec le programme Phare ont émergé des notions nouvelles, gains sur achats et gains budgétaires, qui ont engendré une confusion et des débats et ont pu nuire à une démarche aujourd'hui saluée pour ses effets structurants et non exclusivement budgétaires. Les deux notions sont différentes et on ne peut les mettre en relation sans prendre de solides précautions.

[320] Dans une communication de la Cour des comptes de juin 2017¹³⁸ qui visait à une double approche de régularité juridique et de performance, l'ensemble de la méthodologie diffusée au sein des établissements publics de santé a été analysé. La mesure des gains d'achat a été jugée trop imprécise à la fois dans sa définition et dans son application par les établissements ainsi que par les ARS. Il est ainsi relevé des confusions d'ordre conceptuel et des utilisations biaisées pour la valorisation des gains. La mesure des gains d'achat n'est en aucune façon un indicateur budgétaire, mais avant tout une mesure de la performance d'achat. Si un lien existe entre gain d'achat et gain

¹³⁸ Les achats hospitaliers – Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale – juin 2017 – Cour des comptes.

budgétaire, il est nécessaire d'introduire d'autres éléments pour le définir, tels que les volumes réellement consommés ainsi que des facteurs exogènes comme l'activité et la hausse des prix.

[321] Afin de répondre à ces griefs, la DGOS a depuis élaboré et diffusé une méthodologie de calcul de la performance achat. Celle-ci a fait l'objet d'une note d'information¹³⁹ en août 2019, accompagnée d'un guide opérationnel de valorisation de la performance achat. Les concepts sont désormais précisés et la méthodologie élaborée. Si les confusions passées sont aujourd'hui dissipées empêchant tout amalgame entre gain sur achat et gain budgétaire, la mesure de l'impact budgétaire nécessite désormais le développement du contrôle de gestion sur la fonction achat au sein des GHT.

[322] Le plan ONDAM 2018-2022 intègre dans les impacts attendus celui de la performance achat. La contribution attendue du programme Phare sur la période 2018-2022 est de 2,6 Mds€. Celle-ci s'appuie sur les leviers suivants : montée en efficience de la fonction achat des GHT, industrialisation du dispositif des opérateurs d'achat mutualisés régionaux, mise en œuvre des processus d'achat complexes et innovants, optimisation des processus logistiques (stockage et distribution).

[323] L'ambition forte assignée aux acheteurs hospitaliers (GHT et opérateurs) nécessite la poursuite d'un processus vertueux, notamment grâce à des outils de gestion encore insuffisamment répandus (contrôle de gestion et système d'information achat).

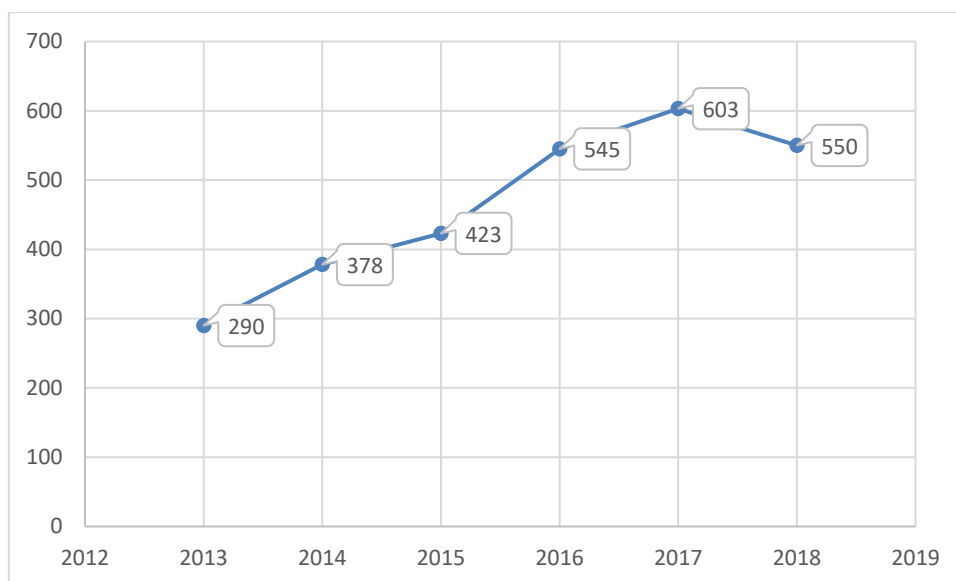
● Les gains réalisés et attendus

[324] L'effet favorable lié à la professionnalisation de la fonction achats et à la mutualisation récemment introduite à travers les GHT paraît indéniable, mais il est jusqu'à présent difficile de faire une évaluation même estimative des économies budgétaires réalisées. La mission a d'ailleurs pu le vérifier à l'occasion des échanges avec les acteurs de GHT. Aucun n'a pris le risque d'avancer un chiffrage des économies réalisées, même si les efforts sur la fonction achats ont pu faciliter des exécutions budgétaires tendues.

[325] Les gains sur achats ont cependant crû de manière sensible au cours des dernières années, atteignant 566 M€ en moyenne annuelle sur la période 2016-2018, contre 364 M entre 2013 et 2015. Mais la stricte corrélation avec le déploiement des GHT n'est pas établie ; d'ailleurs une forte augmentation des gains sur achats est notable en 2015, avant la création des GHT, alors que ceux-ci paraissent se stabiliser depuis lors.

¹³⁹ Note d'information n° DGOS/PF1/2019/183 du 2 août 2019 relative à la méthodologie de calcul de la performance achat

Graphique 20 : Gains sur achats (M€)



Source : DGOS

3 Consolider les GHT et renforcer le premier niveau de recours hospitalier, puis explorer le scénario de l'établissement territorial de santé

3.1 Le socle des GHT : des ajustements de périmètre et de gouvernance, une vision globale de l'offre de soins, de nouveaux outils de gestion des ressources humaines et des investissements nécessaires

3.1.1 Un GHT plus agile dans un périmètre cohérent garantissant la coopération et la complémentarité de ses établissements

3.1.1.1 Agir sans tarder sur les ajustements nécessaires de périmètres des GHT et les dérogations encore existantes

[326] Trois ans après la constitution des GHT, il est temps de stabiliser leurs périmètres, en revenant sur les dérogations temporaires accordées en 2016, et en corrigeant les erreurs d'appréciation qui ont pu être commises dans les regroupements initiaux.

- Intégrer la filière santé mentale aux GHT

[327] Comme le note l'IGAS¹⁴⁰, l'enchevêtrement des outils d'organisation de l'offre de santé mentale¹⁴¹, qui s'appliquent à des territoires différents, rend l'articulation avec les GHT plus complexe. C'est au niveau territorial intermédiaire, entre région et secteur (ou pôle) , que la

¹⁴⁰ Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, IGAS 2017-064

¹⁴¹ PRS, projet d'établissement, PMP du GHT, convention constitutive de CPT, projet territorial de santé mentale

cohérence des outils devrait être prioritaire¹⁴². Sauf exception¹⁴³, le recouvrement territorial des CPT et des GHT devrait être recherché.

[328] Par ailleurs, la double appartenance des EPSM au GHT et à la communauté psychiatrique de territoire (CPT) a un sens clair : nécessité d'un ancrage sanitaire de la psychiatrie d'un côté, ouverture à des partenariats sociaux, médico-sociaux et associatifs de l'autre. Comme le rappelle l'IGAS, « la revendication d'une spécificité de la psychiatrie ne doit pas conduire à l'isoler » et, en même temps, « l'intégration de la psychiatrie dans le dispositif hospitalier général ne doit pas conduire à nier son approche spécifique du sujet et ses conséquences sur les pratiques et les organisations ». Une double proposition est ainsi présentée :

- une gouvernance spécifique de la partie psychiatrique du GHT,
- une intégration des soins psychiatriques dans le cadre des GHT¹⁴⁴.

Recommandation n°1 Mettre fin aux dérogations temporaires accordées aux EPSM, ainsi qu'aux GHT spécialisés en psychiatrie, dont le périmètre en offre de soins ne correspond manifestement pas aux objectifs de création des GHT.

- Agir sans tarder sur les ajustements nécessaires de périmètres des GHT

[329] Des erreurs d'appréciation ont pu initialement être commises dans la définition des périmètres de GHT et, à l'expérience, des regroupements jugés pertinents peuvent s'avérer de fonctionnement complexe voire conflictuel (*cf. supra* 2132). Ces difficultés doivent être traitées, sauf parfois à compromettre gravement le fonctionnement des GHT concernés.

[330] En termes de méthode, la mission préconise de laisser les directeurs généraux d'ARS apprécier les diligences nécessaires (des missions locales d'expertise ou médiation sont souvent diligentées), ainsi que les modalités et calendriers d'ajustement pertinents.

[331] Sur le fond, plusieurs solutions sont envisageables, selon les problématiques rencontrées. Une typologie peut être avancée :

- changement d'affectation d'un établissement partie d'un GHT à un autre, solution déjà pratiquée à quelques reprises,
- fusion de GHT limitrophes, ou au contraire scission d'un GHT existant,
- création de liens institutionnels de solidarité entre GHT, sans fusion, par exemple PMP commun ; cette solution déjà pratiquée entre les GHT Sud Côte d'Or et 21-52 peut constituer un compromis intéressant, dans certaines situations où la fusion serait jugée impraticable.

Recommandation n°2 Réviser le périmètre des quelques GHT dont les situations complexes peuvent compromettre l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés.

¹⁴² L'IGAS préconise des CPT de même périmètre que les GHT (ce qui suppose une modification législative), des territoires de santé mentale superposés aux territoires de santé

¹⁴³ De grands GHT peuvent recouvrir les territoires de plusieurs CPT ; des CPT peuvent déborder le territoire d'un GHT, sans dérogation au principe d'inscription des établissements publics d'une même CPT dans un même GHT

¹⁴⁴ La mission considère que le GHT Paris psy et neurosciences qui a une activité de médecine et de chirurgie, de plus dans un cadre territorial globalement dérogoire (AP-HP) n'a pas vocation à être fusionné avec un autre GHT

3.1.1.2 Favoriser les directions communes et les fusions entre établissements

[332] Entre établissements parties, les rapprochements institutionnels, directions communes voire fusions, permettent de sceller plus fortement l'intégration des gouvernances et des directions, et favorisent naturellement les synergies entre offres de soins et les mutualisations de fonctions support.

[333] Ces mouvements sont revendiqués par de nombreux directeurs d'établissements support.

Verbatim : directions communes et établissement territorial unique

GHT 94 Nord

« La mise en place rapide de la direction commune a permis de renforcer la cohérence institutionnelle et de rationaliser les équipes administratives dans un contexte budgétaire contraint. »

GHT Alpes-de-Haute-Provence

« La mise en place en septembre 2018 de la direction commune des établissements du GHT sera finalisée en septembre 2019 et permet une cohérence de la dynamique administrative qui sous-tend tous les projets. La fusion de 3 des établissements sera effective au 1er Janvier 2020. Elle a été déployée pour des raisons de filières médicales. Ce GHT de petite taille avec un bassin de population de 160 000 habitants, subissant en zone rurale des zones de désertification médicale, contraint et permet un rapport de proximité avec les partenaires externes. »

GHT Charente

« Le GHT se trouve aujourd'hui dans un entre-deux, entre mise en place d'un établissement public de santé territorial unique et maintien d'une pluralité d'établissements autonomes. Pour répondre aux enjeux et à l'atteinte des objectifs tant au niveau des filières médico-soignantes que de la rationalisation de la gestion hospitalière, cet entre-deux ne peut perdurer. »

Source : Enquête IGAS

[334] Les ARS disposent de moyens de pression ou d'encouragement à la conclusion de conventions de coopération, groupements de coopération, groupements d'intérêt public ou à la création d'un nouvel établissement par fusion¹⁴⁵.

Recommandation n°3 Engager les directeurs généraux d'ARS à user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes d'établissements parties au sein d'un GHT. Sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles par les ARS et les GHT, définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre

3.1.1.3 Mutualiser davantage les instances de gouvernance en recourant aux possibilités offertes par la loi

- Laisser les GHT prendre des initiatives

[335] De nombreux GHT prennent des initiatives en termes de gouvernance, soit pour en alléger le fonctionnement, soit pour le compléter sur certains points. Si les établissements parties en

¹⁴⁵ Article L6131-2 CSP

conviennent, et dans le respect des textes en vigueur, ces initiatives d'auto-organisation, peuvent aider à mieux associer et responsabiliser les parties prenantes pour atteindre les objectifs du GHT.

Gouvernance : initiatives de GHT

GHT Loire Atlantique

« Concernant la gouvernance, le GHT a également mis en place un Comité de Direction du GHT, réunissant toutes les 6 semaines, les chefs des établissements du groupement. Il a pour missions de coordonner et suivre l'avancement de la mise en œuvre de la convention du GHT et du projet médical. Il est force de propositions par rapport au GHT, permet de suivre la mise en œuvre des mutualisations et coopérations... »

GHT Lozère

« Au-delà des instances prévues par la réglementation, ont été mis en place un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) territorial, un comité de lutte contre la douleur (CLUD) territorial, un comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) territorial, une commission d'identito-vigilance (CIV) de territoire et une Cellule Coordination Qualité. Ces commissions sont dynamiques et conduisent des plans d'action. »

Source : Enquête IGAS

● S'assurer d'une bonne association des élus locaux

[336] Les CTEL ne constituent pas aujourd'hui, sauf exception, des instances permettant une association adaptée des élus locaux à la dynamique de constitution des GHT. Ceux-ci restent, compte tenu de leur participation aux conseils de surveillance des établissements parties, dont ils assurent la présidence, souvent plus soucieux d'intérêts locaux que territoriaux. Au demeurant, le manque d'appropriation des CTEL par les élus locaux peut être aisément lié à un sentiment de distance vis-à-vis du GHT et d'un établissement support parfois éloigné, ou vu comme concurrent ou menaçant, alors que la participation aux Conseils de surveillance constitue une position proche, acquise et définie.

[337] Certes, la loi du 24 juillet 2019¹⁴⁶ prévoit une concertation annuelle avec les ARS, au niveau du département, relative à l'organisation territoriale des soins. Cette concertation traitera de l'ensemble de l'offre, hospitalière et ambulatoire, et ne pourra éviter d'aborder l'offre médico-sociale. Elle inclura évidemment le GHT, et recoupera souvent son périmètre. Cependant, cette concertation restera ponctuelle, et surtout, elle sera menée par l'ARS et non par des acteurs territoriaux. Sa vocation ne sera pas de traiter au fil de l'eau de l'association des élus à la dynamique territoriale.

[338] Dès lors, il faut trouver des voies et moyens de rapprochement des élus du GHT en s'assurant que les CTEL remplissent leurs missions d'évaluation et contrôle, et en saisissant chaque occasion utile pour associer les élus au fonctionnement du GHT.

Recommandation n°4 Mieux associer les élus locaux à la gouvernance des GHT, en s'assurant notamment que le CTEL remplit ses missions

¹⁴⁶ Art. L. 1434-15.-Afin d'assurer une bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé, dans chaque département, les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an par le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé.

- Alléger le fonctionnement des instances, mieux associer certaines parties prenantes

[339] Le fonctionnement global des instances du GHT est critiqué pour sa lourdeur et certaines parties prenantes n'y ont pas trouvé leur juste place (*cf. supra* 12).

[340] La mission suggère, dans la ligne des dispositions de la loi du 24 juillet 2019, de créer des instances de GHT qui se substitueront en totalité ou en partie à celles des établissements parties. Les options de fusion ou substitution ouvertes désormais par la loi- et dont les conditions de mise en œuvre seront précisées par ordonnance, devront bien entendu être appréciées au cas par cas par les décideurs locaux, en fonction du degré de maturité des coopérations territoriales.

[341] S'agissant du comité stratégique, il devient possible de le substituer ou le fusionner aux directoires des établissements parties. Aux termes de la loi, sa présidence est assurée par le directeur de l'établissement support, sa vice-présidence par le PCME. L'équilibre institutionnel ainsi trouvé par la loi du 24 juillet 2019 ne sera pas remis en cause.

[342] Par contre, la place accordée globalement à la communauté médicale dans la gouvernance du GHT a fait l'objet de demandes récurrentes. Pour autant, la mission ne tire pas de ses nombreux échanges de terrain avec l'ensemble des interlocuteurs intéressés, que ces demandes traduisent un malaise foncier entre communautés médicales et directions de GHT. Plus certainement s'inscrivent-elles dans les incertitudes voire difficultés actuelles de l'équilibre de gestion entre établissements support et parties, dans les contextes tendus du recrutement médical et des situations financières. Quoi qu'il en soit, la mission préconise

- de veiller aux moyens en temps et formations, dont les PCME et PCMG devraient systématiquement pouvoir bénéficier pour assurer leurs missions, ce qui en accroîtrait l'attractivité,
- de veiller à un partage des compétences entre CMG et CME d'établissement qui préserve une approche de proximité, notamment en matière de nomination des personnels médicaux
- de doter les CMG de compétences clarifiées pour « contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement » : compétences en matière de qualité et certification, investissement biomédical et surtout GRH médicale (profils de postes et modification des maquettes),
- d'apprécier, par analogie avec les directoires d'établissements, la possibilité d'octroyer la majorité aux représentants de la communauté médicale au sein du Costrat, qui se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire et donne notamment un avis sur le projet médical partagé et le projet de soins partagé.

[343] Les représentants des usagers trouvent naturellement leur place au niveau de chaque établissement dans un travail de défense concrète des intérêts de leurs mandants. Le maintien d'une CDU par établissement est ainsi logiquement prévu par la loi. La mission a d'ailleurs noté un certain défaut d'accroche de la CDU au niveau territorial. Par contre, la présence d'usagers à un niveau plus institutionnel n'a pas été envisagée, sauf dans certaines propositions non retenues qui visaient à leur confier la présidence du Costrat. A tout le moins, leur représentation dans cette instance serait opportune.

[344] Quant au dialogue social territorial, seule la substitution entre les instances d'établissement et le CTDS, aujourd'hui peu investi par les partenaires sociaux, est susceptible de donner une place plus affirmée à cette instance. Par contre, la mission reste plus réservée sur la substitution ou fusion entre CHSCT des établissements parties, ces instances nécessitant une approche plus locale que

territoriale. Comme l'autorise le texte de la loi du 7 août 2019¹⁴⁷, elle préconise le maintien, dans les établissements ou sites, d'une « formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail ».

Recommandation n°5 Alléger la gouvernance des GHT en mettant en œuvre les possibilités de substitution ou fusion d'instances ouvertes par la loi

Recommandation n°6 Prévoir une meilleure association des communautés médicales à la gouvernance des GHT, notamment par un renforcement des moyens dont disposent PCMG et PCME, et en envisageant de conférer la majorité à la composante médicale du Costrat

Recommandation n°7 Prévoir la nomination de représentants des usagers au Comité stratégique

Recommandation n°8 Organiser le dialogue social au niveau territorial, tout en laissant des formations en charge de la santé et des conditions de travail au niveau des établissements et sites

3.1.2 Un GHT privilégiant l'accès à des soins gradués et ouvrant sur une recomposition de l'offre de soins

[331] Les PMP comportent pour une grande majorité des objectifs de gradation des soins, sans prévoir généralement de restructuration de l'offre hospitalière.

3.1.2.1 Promouvoir une V2 des PMP avec PSP, centrant les efforts sur un nombre plus restreint de filières prioritaires

[345] Les PMP des GHT sont établis pour une durée maximale de cinq ans¹⁴⁸, comme les projets d'établissements des EPS. Leurs calendriers d'élaboration respectifs devront être articulés dans la perspective d'une seconde génération de PMP pour la période 2022-2026.

[346] Dans une perspective de prise en charge globale et graduée du patient, plusieurs points d'attention sont à souligner pour l'élaboration et le contenu de ces projets.

- Construire un projet médical et de soins partagé unifié

[347] Cette formule transpose dans une démarche-projet au niveau du GHT, une approche de type équipe soignante qui permet d'enrichir la réflexion, notamment pour toutes les questions relatives à la qualité et à la sécurité des soins. Elle est également justifiée par l'émergence de sujets à traiter

¹⁴⁷ « Art. L. 6144-3 CSP (extraits) -I.-Dans chaque établissement public de santé, il est créé un comité social d'établissement. « « III. -Dans les établissements publics mentionnés au I dont les effectifs sont au moins égaux à un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat, il est institué, au sein du comité social d'établissement, une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

« Dans les établissements publics mentionnés au même I dont les effectifs sont inférieurs au seuil précité, une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peut être instituée au sein du comité social d'établissement lorsque des risques professionnels particuliers le justifient,...

« IV. -Une ou plusieurs formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail peuvent être créées, en complément de celle prévue au III, lorsque des risques professionnels particuliers sur un ou plusieurs sites de l'établissement le justifient.

« Cette formation exerce alors les attributions en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail pour le périmètre du site ou des services concernés ; »

¹⁴⁸ Article R 6132-4 du code de la santé publique

conjointement entre médecins et paramédicaux : pratiques avancées et délégations de tâches, télémedecine et téléconseil, prévention et éducation thérapeutique...

[348] Enfin, le maillage territorial de la gradation des soins, s'il repose sur des équipes médicales de territoire devra être consolidé par une participation des professionnels paramédicaux, notamment infirmiers pour constituer des équipes soignantes élargies de territoire.

[349] La méthode d'élaboration du PMSP implique un pilotage appuyé sur des groupes de travail médico-soignants. Elle débouche logiquement sur un projet présenté dans un document unique.

- Associer au PMSP l'ensemble des acteurs de santé et du médicosocial.

[350] « *Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires* ». Cette volonté inscrite au titre 2 de la loi de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé pourrait trouver une première réponse dans l'ouverture d'ateliers ou groupes de travail aux professionnels de santé, notamment les médecins, infirmiers libéraux, intervenants essentiels des soins de proximité. Si le secteur médicosocial est généralement présent dans l'élaboration des PMSP, grâce à des hospitaliers exerçant en EHPAD/ USLD, une ouverture à des représentants d'établissements pour personnes handicapées est également souhaitable.

[351] Quant aux autres établissements de santé, une action corrective est indispensable pour associer les structures d'HAD. Compte tenu des lacunes constatées dans l'association légalement obligatoire des structures d'HAD aux PMP des GHT, une évaluation des partenariats effectifs public/privé pour ce champ d'activité important dans les parcours de soins serait opportune. Réalisée entre GHT et structures privées concernées en vue d'éventuelles mesures correctives, elle serait communiquée à l'ARS.

[352] Concernant les établissements privés d'hospitalisation, une appréciation au cas par cas est légitime. Leur association à l'élaboration du PMP du GHT est souhaitable mais impliquerait une réciprocité.

[353] Les usagers, en tant qu'acteurs du système de santé, pourraient également être associés à l'élaboration du PMSP, en intégrant leurs représentants dans différents ateliers de travail, voire par un large partage d'informations ou même par une consultation sur les priorités du projet par divers moyens : questionnaires, enquête téléphonique, plateforme participative. Quelques GHT se sont engagés dans cette voie¹⁴⁹. Ces expériences mériteraient d'être capitalisées et démultipliées.

- Recentrer le PMSP des filières prioritaires en nombre contenu

[354] La mission a constaté que le nombre de filières traitées dans les PMSP était fort variable¹⁵⁰ et que l'avancement de leur mise en œuvre était très inégal. Les exemples recueillis dans les échanges en région avec les GHT montrent que les avancées concrètes se concentrent sur un nombre de filières réduit (3 à 5), alors même que les filières prioritaires retenues initialement étaient de 6 à 8 en moyenne selon les GHT. S'il ne serait pas judicieux de fixer a priori un plafond au nombre de filières référencées dans le PMP, leur nombre élevé n'est pas nécessairement un gage d'efficacité. Des priorités d'actions sont donc à définir en fonction notamment du projet régional de santé.

¹⁴⁹ Par exemple le GHT Maine et Loire avec une plateforme participative de consultation citoyenne, ou encore le GHT Atlantique 17

¹⁵⁰ De 2 à 46 selon l'enquête auprès des GHT, avec une moyenne de 12 et une médiane de 11

[355] Les filières urgences, gériatrie, cardiologie, chirurgie semblent devoir être prioritaires au regard des difficultés liées à la démographie médicale dans ces spécialités, au nombre de patients concernés et à la nécessité de coordonner l'ensemble des acteurs de la prise en charge, dont le niveau de structuration n'est pas aussi avancé qu'en cancérologie ou en périnatalité par exemple.

[356] Au-delà des filières, le développement de la télémédecine et des outils numériques communicants entre équipes hospitalières et professionnels de santé libéraux est également une priorité transversale des prochains PMSP.

Recommandation n°9 Lancer l'élaboration de PMSP de deuxième génération, avec un nombre plus restreint de filières et promouvoir quelques thèmes transversaux majeurs : proximité, qualité, sécurité et continuité des soins. Garantir l'association de l'HAD à l'élaboration des PMSP

3.1.2.2 Mobiliser l'action régulatrice par les autorisations d'activité

[357] L'objectif de gradation des soins hospitaliers doit permettre une meilleure visibilité pour le patient sur l'endroit et l'établissement adéquats pour le prendre en charge ; d'où la nécessité d'une implantation rationnelle des activités et d'un juste dimensionnement des investissements en équipements lourds.

- La réforme du régime des autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds¹⁵¹ vise une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins

[358] Cet objectif est fixé par la loi du 24 juillet 2019 dans le cadre de l'ordonnance qui doit « modifier le régime de ces autorisations, en adapter le régime aux dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé, et en simplifier les conditions de délivrance¹⁵².

[359] En 2018, une première ordonnance et un décret avaient apporté quelques aménagements et simplifications au régime antérieur en portant la durée des autorisations à sept ans, en intégrant une procédure déclarative simplifiée dans certains cas¹⁵³, en supprimant le caractère systématique des visites de conformité (remplacées par des visites ciblées) et en faisant des conclusions du rapport de certification de l'établissement un critère possible d'une décision de rejet de l'autorisation par le directeur général de l'ARS¹⁵⁴.

[360] L'enjeu de la réforme qui se poursuit est double : renforcer la qualité et la sécurité des soins et mieux prendre en compte la dimension territoriale d'une offre de soins graduée. Plusieurs questions en découlent : faut-il revoir les seuils d'activité ; dans quelle mesure et avec quel mode de calcul ? en intégrant les équipes de territoire ? Faut-il poursuivre un examen par site ou lui préférer une approche multi-sites conditionnée à l'existence effective d'une équipe médicale de territoire ?

¹⁵¹ Ces autorisations sont nécessaires pour l'exercice de 18 activités de soins couvrant l'ensemble des disciplines et certaines activités de pointe, ainsi que pour l'emploi de 5 équipements lourds (scanner, IRM, notamment...)

¹⁵² Article 36 de la loi du 29 juillet 2019 relative à la modernisation et à la transformation du système de santé

¹⁵³ Il s'agit des renouvellements d'équipements lourds avant l'expiration de la durée d'autorisation, sans changement de nature ni d'indication clinique ; dans cette hypothèse une déclaration de l'établissement assortie de pièces justificatives suffit pour permettre une modification de l'autorisation précédente, avec ou sans visite de conformité selon la décision du DG ARS.

¹⁵⁴ Ordonnance n°2018-4 du 28 janvier 2018 et décret n°2018-117 du 19 février 2018

[361] Les réponses à ces différentes questions seront apportées par l'ordonnance à venir et par une série de décrets relatifs aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement. La publication de ces textes devrait intervenir en 2020 au terme d'une longue procédure de concertation¹⁵⁵.

[362] Au-delà des questions posées par les seuils d'activité, un autre sujet fait débat : celui de *l'adaptation du régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé*¹⁵⁶.

[363] Sur ce point des divergences de position apparaissent entre fédérations d'établissements sur l'opportunité de faire évoluer la règle actuelle d'une autorisation par entité juridique et par site géographique¹⁵⁷. Si la FHF est favorable à un assouplissement de ces règles à l'échelle des GHT, les fédérations des établissements d'hospitalisation privée en demandent le maintien, « l'organisation de la planification hospitalière territoriale ne devant pas donner un rôle omnipotent aux GHT » pour la FHP¹⁵⁸ et « le régime des autorisations ne devant pas être vectorisé par les seuls GHT » pour la FEHAP¹⁵⁹. Ces positions sont compréhensibles dans une logique de concurrence avec les établissements publics mais ne signifient pas que l'offre hospitalière doive être systématiquement régulée dans un cadre limité à celui de chaque établissement.

- Le régime des autorisations peut constituer une base de recomposition de l'offre hospitalière publique par les ARS et les GHT

[364] L'offre hospitalière publique et son éventuelle recomposition au niveau territorial gagneraient à s'inscrire dans une démarche pilotée par les ARS en partenariat étroit avec les GHT.

[365] Les schémas régionaux de santé, qui devront être modifiés à partir de 2020 selon les changements apportés au régime des autorisations, constitueront le cadre de ce partenariat. La contractualisation entre ARS et établissements publics de santé pourrait en être un levier. En effet la liste des autorisations d'activités est fixée dans chaque CPOM et les établissements parties à un GHT peuvent être désormais être autorisés à conclure un CPOM de GHT¹⁶⁰ (*cf. infra*).

[366] La mission considère que cette possibilité constitue une opportunité à utiliser, qui doit être articulée avec l'élaboration des prochains PMSP, sans remettre en cause l'octroi des autorisations par entité juridique, mais dans le cadre d'une vision consolidée au niveau du GHT.

Recommandation n°10 Articuler l'action des ARS en matière d'autorisation d'activité et d'équipements avec les projets d'organisation portés dans les PMSP et développer la contractualisation des ARS avec les GHT

¹⁵⁵ Concertation débutée dès 2018 et pilotée par la DGOS dans des groupes de travail associant des représentants des ARS, des sociétés savantes, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé, de la HAS et de l'assurance-maladie.

¹⁵⁶ Article 36 de la loi du 24 juillet 2019

¹⁵⁷ Dans le cas d'un établissement de santé exerçant une activité soumise à autorisation sur plusieurs sites.

¹⁵⁸ Note de la FHP du 30 octobre 2019 remise à la mission IGAS

¹⁵⁹ Note de la FEHAP du 21 octobre 2019 communiquée à la mission IGAS.

¹⁶⁰ Article L 6132.5.1 du code de la santé publique.

3.1.3 Un GHT doté de moyens humains adéquats et mobilisés

[367] L'introduction du territoire comme champ de l'organisation de l'offre de soins bouscule la référence à l'établissement et modifie fondamentalement le rôle des acteurs. Il leur est désormais demandé de traiter sur cet espace, entre établissements parties et en lien avec les autres composantes de l'offre de soins, de l'accès aux soins du patient, de son parcours et de sa prise en charge médico-sociale.

[368] Ce changement de cadre de référence oblige à repenser le modèle managérial de l'hôpital.

3.1.3.1 Engager la réflexion sur les carrières des directeurs d'hôpital

[369] La mise en œuvre des GHT bouscule le modèle managérial de l'hôpital, dans un contexte de contestation plus large de sa gouvernance. Les directeurs d'hôpital ont été formés et sont dédiés pour la plupart à des fonctions de gestion, selon le modèle classique des entreprises de services, même si de nouvelles compétences ont pu être développées depuis quelques années. On aperçoit ainsi des découpages fonctionnels innovants, notamment depuis l'émergence des pôles.

[370] Le débat n'est pas nouveau, il devient aujourd'hui urgent. Les directeurs d'hôpital dans l'acception statutaire et pas seulement les chefs d'établissement support, doivent être mobilisés pour ceux qui sont en activité et formés pour ceux qui se destinent à ce métier pour se placer résolument « au milieu du jeu » et aux côtés des médecins et des soignants, pour construire les filières des PMP.

[371] Les acteurs rencontrés par la mission semblent souvent décontenancés, parfois même déstabilisés dans leur engagement ; tous appellent à une clarification du modèle et des règles de gouvernance. Même si la démarche choisie est progressive, il conviendrait d'éclairer l'ensemble des acteurs hospitaliers sur la confirmation ou non du modèle intégratif, c'est-à-dire de la transformation à terme des GHT en établissement territorial doté de la personnalité morale.

[372] Doit-on parler du modèle managérial ou des modèles managériaux? Cette question renvoie au périmètre et à la composition des GHT, le modèle de la gouvernance étant fonction de la taille de l'organisation. Les plus gros CHU ont des organigrammes différents d'un établissement de proximité. De la même manière, les plus gros GHT qui regroupent 10 établissements MCO ou plus ne pourront bâtir le même modèle que le GHT construit à partir d'un ou deux établissements.

[373] Une nouvelle typologie de postes est envisageable. On rencontre déjà des directeurs de projet (sous une forme durable ou provisoire pour un projet donné), des directeurs de sites, notion ancienne dans les établissements multi sites, des directeurs délégués de pôle (notion controversée lors de la création des premiers pôles). Les pôles inter établissements seront des structures parfois très importantes qui, si elles reçoivent des délégations larges, mériteront un management structuré.

[374] Au total, il apparaît urgent d'ouvrir sans délai un chantier de recomposition du corps des DH, intégrant probablement un élargissement du recrutement, refondant la formation initiale, réinventant les parcours afin de tenir compte de l'évolution nécessaire du management des structures sanitaires publiques.

Recommandation n°11 Ouvrir le chantier de la rénovation du cadre statutaire des directeurs d'hôpital, pour l'adapter au cadre d'exercice du GHT, en traitant du recrutement, de la formation initiale et continue, et des déroulements de carrière

3.1.3.2 Mobiliser des appuis méthodologiques puissants pour la mise en place de la gestion RH médicale

[375] Les tensions qui pèsent actuellement sur l'emploi médical à l'hôpital compromettent souvent non seulement le fonctionnement au quotidien, mais aussi le climat social au sein des structures ou encore le dynamisme et la capacité collective des communautés hospitalières à inventer le futur des hôpitaux. Si la gouvernance et le management sont des éléments importants qui agissent sur la motivation des personnels médicaux, il faut aussi traiter des éléments plus concrets de gestion de ressources humaines.

[376] Les GHT ont suscité un processus inédit dans son ampleur, de rapprochement des établissements supports et parties autour de la GRH médicale. La perspective annoncée de mutualisation de celle-ci au niveau de l'établissement support a mobilisé les DAM et accéléré le processus.

[377] La mission a souvent entendu les réserves vis-à-vis du transfert programmé de la gestion RH médicale à l'établissement support. Le transfert de la compétence juridique des établissements parties sur les recrutements médicaux heurte les responsables administratifs (directeurs) et médicaux (Président de CME) des établissements parties. La mise en œuvre de cette disposition devra se faire en associant les responsables des établissements parties. Ainsi peut-on imaginer que le type de recrutement ou encore le motif et les niveaux de délégation puissent être traités différemment selon le degré d'intégration des organisations médicales.

[378] Les progrès enregistrés, les initiatives nombreuses en termes de déploiement territorial de ressources médicales contribuent cependant à vaincre les réticences. Nombre de CHU apparaissent moteurs dans ces évolutions dans leur GHT et grâce aux conventions d'associations avec d'autres GHT. Le déploiement des assistants partagés unanimement salué et bénéficiant d'une antériorité est le vecteur le plus probant de la mutualisation des ressources médicales. Des exemples de postes de praticiens hospitaliers à temps partagé ont de même été repérés par la mission.

[379] Sur un plan opérationnel, les GHT les plus dynamiques préparent activement les étapes à venir : tenue de réunions régulières, d'échanges d'informations et de données et pour les plus avancés des premières mesures d'harmonisation des pratiques (recrutement, intérim, bourses de garde, traitement des plages additionnelles...).

[380] Sur la question du recrutement, quelques GHT introduisent des procédures territoriales : la décision et le choix s'opèrent ainsi au niveau de l'équipe médicale territoriale, le candidat est parfaitement informé de l'organisation médicale du GHT et s'engage à s'y inscrire. Ces pratiques à encourager rencontrent vite les limites des règles statutaires. Cependant les incitations financières de type prime d'engagement territorial (PET) contribuent à lever les réticences, sans les éliminer totalement.

Verbatim sur la mutualisation des RH

« Il est nécessaire que les CHU et les établissements contractants évoluent en mettant en place une GPEC. L'ARS dispose d'un service RH en santé qui gère les postes de DH et les postes de PH ; une logique matricielle permettrait de croiser cette approche avec celle des filières et celle de la formation. Ce travail doit être coordonné avec les CHU qui gèrent les ressources en médecins. » (ARS Occitanie)

« Il existe une expérimentation avec application sur smartphone en RH : l'encadrement lance des missions de remplacement (envoi en temps réel) ; un vivier de professionnels remplaçants est alimenté en interne sur la base du volontariat ; la rémunération en heures supplémentaires est plafonnée dans la limite légale ; cela permet de faire pièce à l'intérim privé ; la question de l'emploi par des établissements différents au sein du GHT est néanmoins posée. On le fait pour le paramédical et le médical. Pourquoi pas l'étendre au domaine administratif et technique ? » (CHU Nîmes)

« Les recrutements de personnel médical sont désormais effectués a priori sur le territoire, même si administrativement la nomination sur un établissement demeure. Attirer et déployer des PH, c'est essentiel. L'incitation financière a été revalorisée et elle est significative ; les conditions d'exercice en équipe comptent aussi beaucoup, comme les outils de travail (SI patient commun) ; là où un plateau technique est nécessaire (cardiologie interventionnelle), on peut conditionner l'accès à un déploiement territorial par exemple pour faire des consultations avancées... ; là où il n'y a pas de contreparties, c'est plus compliqué. Une reconnaissance institutionnelle et des conditions d'exercice facilitées sont nécessaires. » (CH Vannes)

« La convention d'association avec le CHU a permis un appui pour que Vannes ait des internes et des externes et même pour la 1ère année, délocalisée sur Vannes. Ceci est important pour fidéliser et obtenir une filière complète 1ère année, externes, internes. » (CH Vannes)

Source : Enquête IGAS

Recommandation n°12 Développer les outils méthodologiques et d'accompagnement à la mise en œuvre de la gestion RH médicalisée mutualisée

3.1.3.3 Motiver les leaders médicaux pour les engager dans la structuration des filières

[381] La mission a noté que les porteurs de projets ou de filières sont souvent isolés et peu rémunérés de leurs efforts spécifiques en la matière.

[382] L'élargissement du rôle et des compétences des médecins aux fonctions managériales ne concerne pas exclusivement la gouvernance de GHT. Depuis de nombreuses années, des praticiens s'impliquent au sein des pôles où se sont constitués des trios de pôle (PH, Cadre soignant, cadre administratif). Il serait opportun de capitaliser sur ces expériences et de franchir une nouvelle étape d'élargissement des délégations de gestion déjà fréquentes au sein des établissements.

[383] Il conviendrait en conséquence d'introduire des éléments de motivation pour les praticiens engagés dans l'organisation, le management des équipes et des projets, et la gouvernance des établissements et des GHT.

[384] L'intéressement individuel demeure nécessaire, afin de rémunérer les tâches réalisées, le temps passé, les responsabilités prises. Il est toutefois suggéré de ne pas multiplier à l'excès les dispositifs indemnitaires toujours complexes à gérer dans la durée.

[385] L'expérience acquise dans le domaine du management et de la gouvernance pourrait procurer des valences qui autoriseraient l'accès aux responsabilités des différents périmètres (service, pôle, PIE...) et aux fonctions de direction, jusqu'à la chefferie d'établissement.

Recommandation n°13 Ouvrir le chantier de la rénovation du cadre statutaire des PH, pour tenir compte de leurs fonctions de management dans le cadre d'exercice du GHT, en traitant de la formation continue et des déroulements de carrière

3.1.4 Un GHT consolidé en termes financiers, de programmation et d'évaluation des projets

3.1.4.1 Traiter en priorité les fragilités financières qui entravent la constitution de quelques GHT sinistrés identifiés et priorisés

[386] La fragilité financière est un obstacle à la dynamique de constitution et de développement des GHT (*cf. supra* 213). La capacité d'entraînement indispensable aux établissements support suppose qu'ils disposent d'une certaine solidité financière. Cet atout est d'ailleurs généralement le reflet d'un établissement correctement positionné sur son territoire et jouissant d'une forte attractivité.

[387] Cette hypothèse doit être vérifiée pour chaque établissement support, en notant que l'offre sanitaire du territoire peut parfois être à l'origine d'une moindre valorisation de l'activité.

[388] La mission note avec intérêt que l'inscription au Copermo performance est désormais tantôt individuelle (établissement), tantôt collective en incluant les établissements parties et préconise que le suivi réalisé soit désormais mené en consolidant la situation des GHT.

Recommandation n°14 Inscrire systématiquement la situation financière des CH support suivis par le Copermo, dans le contexte global du GHT

[389] La mise en œuvre des SDSI doit être mise au rang de priorité stratégique. Or, leur ambition a souvent été fixée à l'aune des capacités de financement des établissements membres de GHT, en y incluant l'aide supposée du programme Hop'en. On peut affirmer, sans pouvoir l'évaluer précisément, que les chiffrages accolés au SDSI évoqués *supra* (cf. 1.4.2.2) pâtissent d'une sous-évaluation, car calés sur les capacités supposées de financement. Ainsi, nombre de GHT ont élaboré leur schéma sur la base d'outils d'interopérabilité, sans franchir le pas d'une solution applicative unique sur l'ensemble du GHT. Les différentiels de coûts sont importants. Si la volonté est d'aboutir à des solutions uniques au niveau du GHT, il conviendrait de prévoir un nouvel accompagnement à la hauteur des besoins.

[390] Les nouvelles dispositions législatives développent les droits d'option des GHT¹⁶¹ dans le domaine financier. Ainsi est-il possible de contracter grâce à un CPOM entre l'ARS et le GHT, d'élaborer un PPI et un PGFP à l'échelle du GHT et de mutualiser la trésorerie. Cette panoplie d'outils permet d'asseoir des stratégies financières territoriales, que des mesures de consolidation du haut de bilan pourraient compléter. Ces instruments sont des leviers dont les ARS devront se saisir.

[391] L'élaboration d'un PGFP apparaît ainsi comme une nécessité pour définir une trajectoire d'investissement à moyen terme en cohérence avec les objectifs du GHT, justement dimensionnée, et financièrement soutenable.

¹⁶¹ Article L6132-5-1 (Créé par LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 37 (V))

Les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :

1° Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code ;

2° Elaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 ;

3° Conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement.

[392] La question des emprunts est intrinsèquement liée au financement des investissements. Pas encore inscrite au rang des mutualisations obligatoires, une gestion commune des emprunts et de la dette au sein des GHT serait appropriée.

[393] La reprise sur 3 exercices d'une partie de la dette hospitalière par l'Etat (10 Mds€), figurant dans le plan annoncé le 20 novembre 2019 et visant à accélérer la dynamique engagée avec Ma Santé 2022, devrait générer, lorsque les modalités de mise en œuvre seront connues, un gain de capacité d'autofinancement susceptible de permettre une relance des investissements. A cette occasion, une incitation voire une obligation à mutualiser les investissements pourrait être introduite.

[394] Renforcer l'obligation de retracer les flux liés au déploiement du GHT dans la section budgétaire G. Prévoir une gestion commune de la trésorerie, des investissements (PGFP unique), des emprunts et de la dette.

Recommandation n°15 Permettre sous conditions, des accompagnements financiers ciblés pour des GHT dénués de capacité d'autofinancement et ainsi entravés dans leur développement. Abonder prioritairement le financement dédié à la convergence informatique, au-delà de Hop'en, en conditionnant les versements à l'avancement du processus.

3.1.4.2 Identifier les GHT les plus engagés, et mettre en œuvre au niveau des ARS et FHF régionales des réseaux de pairs pour une montée en gamme de l'ensemble des gestions, accorder des droits d'expérimentation

[395] Au terme de ses investigations la mission fait le constat d'une grande diversité de situations au regard de l'avancement des mutualisations, des processus intégratifs, des recompositions au sein des GHT. Les écarts sont les conséquences d'antériorités différentes, de contextes divers et de dynamiques variables. La palette des postures repérées tout au long des visites en région va de l'hostilité (rare) à la volonté militante, voire à l'impatience d'aller au bout du modèle intégratif. Comme il existe à certains endroits des situations bloquées qui engendrent l'immobilisme, à d'autres endroits certains acteurs en appellent à plus de simplifications et à plus de liberté dans la construction des GHT.

[396] Après 3 ans de mise en œuvre, les écarts sont déjà significatifs et un réalignement conduirait à la stagnation des plus agiles. En conséquence, la mission réfute l'idée d'un déploiement et d'un développement des GHT stéréotypés. Elle suggère au contraire d'accorder aux acteurs locaux des marges d'autonomie et de liberté sous l'égide des ARS qui détiennent les leviers financiers et budgétaires, ainsi que les instruments de la régulation comme par exemple les autorisations.

Recommandation n°16 Accorder aux GHT des marges d'autonomie dans l'organisation et la conduite des groupements, sous forme de droit d'expérimentation, notamment pour la conduite des établissements en direction commune.

[397] Enfin, la mission GHT de la DGOS, conçue sur un mode agile, doit être confortée dans son rôle de stimulation et d'animation des acteurs. Il convient ainsi de promouvoir des GHT exemplaires dans leur progression, tant au regard des étapes franchies et des résultats obtenus que des méthodes utilisées. Il serait intéressant de recueillir les perceptions et les témoignages des usagers et des professionnels dans et hors GHT. Des enquêtes d'opinion portant sur les impacts attendus de la mise en œuvre des GHT pourraient être introduites à cet effet.

[398] Au niveau régional, la mission considère que les ARS et la FHF pourraient utilement encourager la constitution de réseaux de pairs dans les différents domaines de déploiement des GHT –

mutualisation de fonctions – afin de faciliter les échanges d’expérience et la montée en gamme collective.

Recommandation n°17 Amplifier les actions de la mission GHT de la DGOS et de l’ANAP pour la promotion permanente des réussites exemplaires et encourager la constitution de réseaux de pairs au niveau régional

3.1.4.3 Conforter les méthodologies d’accompagnement, de suivi et évaluation de projets

- Les outils d’accompagnement

[399] La mission a pu recenser de nombreux outils d’accompagnement construits de manière participative, à l’initiative de la DGOS, avec l’appui régulier de l’ANAP, qui ont incontestablement étayé l’action engagée dans les GHT, sur le PMP et les filières comme sur les fonctions support.

- Les méthodologies de suivi

[400] Par contre mission a pu mesurer la relative insuffisance des modalités de suivi, et une quasi absence d’évaluation. Au stade de développement des GHT, il est encore temps de corriger cet aspect. Aussi la mission suggère un renforcement des obligations et des outils à l’échelle nationale, afin de garantir les possibilités d’agrégation. L’introduction des structures GHT dans les tables ou nomenclatures de la base Diamant va dans le bon sens. Sur le plan de la conduite du déploiement des GHT, les ARS doivent investir davantage le suivi, le reporting et l’évaluation des GHT.

[401] Pour être cohérent et éviter la redondance, la contractualisation entre les ARS et le secteur hospitalier public devrait être centrée sur les GHT, comme l’autorise la loi du 24 juillet 2019 «au regard de l’intention et des capacités de l’ensemble des établissements parties ».

GHT Basse Alsace Sud Moselle : méthodologie de suivi du PMP

« Concernant le suivi du PMP, le suivi global est assuré par le Collège médical qui rend compte au Comité Stratégique. Le suivi de chaque filière est assuré par un comité de pilotage, réunissant des médecins de tous les établissements concernés, ainsi qu’un chef d’établissement, un médecin DIM, un directeur des soins, un représentant qualité et la directrice du pôle affaires médicales et stratégie médicale territoriale de l’établissement support. La présidence est tournante. A titre d’illustration, en 2019, la moitié des COPIL est présidée par un praticien de l’établissement support, l’autre moitié par des praticiens issus des autres établissements parties. »

Source : Enquête IGAS

- L’évaluation des GHT

[402] La certification conjointe des établissements parties des GHT devrait conduire à consolider les démarches d’évaluation encore embryonnaires et à les mettre en œuvre de manière plus transversale. De même, les procédures d’autoévaluation sont encouragées dans le cadre de l’appel à projet lancé en septembre 2019 (*cf. supra*). Mais les méthodologies sont *a priori* laissées à l’initiative des GHT et l’on peut craindre une forte dispersion des projets en la matière.

Recommandation n°18 Développer les méthodologies d'évaluation des GHT et encourager leur mise en œuvre. Conforter les méthodologies de suivi des projets médicaux et médico-techniques. Prioriser le suivi des projets de reconstitution de l'offre de soins pour en apprécier les effets sur les parcours patients, la qualité ressentie et l'efficacité.

Recommandation n°19 Initier une étude de suivi particulier sur l'articulation GHT- CPTS

3.2 L'avenir des GHT: la proximité fondée sur la subsidiarité, puis une cible d'intégration dans une entité juridique unique

3.2.1 La nécessité de la proximité : à court terme, un GHT respectueux du principe de subsidiarité

[403] La stratégie « ma santé 2022 » invite les établissements de santé à « repenser leurs missions de proximité ». « Assurer cette mission signifie d'abord pour l'hôpital de penser son organisation et ses projets en complémentarité et en lien avec l'offre de soins de ville, avec l'offre de soins spécialisés hospitaliers, les services d'HAD et avec le secteur médico-social de son territoire ». La question est posée de l'articulation entre GHT, porteurs d'une vision consolidatrice de l'offre hospitalière publique au niveau territorial, et des moyens qu'elle déploie, avec la priorité parallèlement accordée à la proximité. La stratégie nationale ne l'écluse d'ailleurs pas et indique que « cette nouvelle organisation devra s'appuyer sur les GHT renforcés », posant ainsi l'hypothèse d'une synergie entre approche territoriale et proximité, notamment par redéploiement interne de moyens.

[404] Pour concilier ce double objectif de consolidation et de proximité, la mission propose de s'appuyer, dans le cadre légal de compétences des GHT, sur un principe de subsidiarité : seules les tâches qui ne peuvent être prises en charge à l'échelon inférieur avec suffisamment d'efficacité et d'efficacité remontent au niveau central. Sa déclinaison opérationnelle suppose un pilotage parfaitement dosé du GHT, pour en tirer les avantages attendus en termes de mutualisation, tout en laissant les marges de manœuvre nécessaires aux établissements ou sites de proximité.

3.2.1.1 Prioriser tous les moyens de l'offre de proximité : télémedecine, projection de temps médical, plateaux de proximité

[405] Aux termes de la loi « Les hôpitaux de proximité ...assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. ». Ces objectifs paraissent parfaitement adaptés à l'inclusion des hôpitaux de proximité dans le GHT, destinés justement à assurer une gradation des soins par filières et à ouvrir les possibilités d'orientation vers les niveaux de recours et référence, en cas de besoin.

[406] Leurs missions en découlent¹⁶², de même que leurs autorisations d'activité, désormais inscrites dans la loi et limitées, sauf dérogation, au champ de la médecine, hors chirurgie et obstétrique. Ils proposent ainsi « une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, ... en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités » Ils disposent ou donnent accès à « des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté ». A titre complémentaire et en fonction des besoins locaux, les hôpitaux de proximité peuvent également exercer « la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs » et peuvent « apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles ».

[407] Dans ce cadre, le GHT aura pour double impératif la fluidification des parcours de suite, au cas où la prise en charge en hôpital de proximité nécessiterait le passage à un niveau de recours, et l'apport en moyens humains et techniques permettant des prises en charge d'excellence en proximité. Trois vecteurs principaux sont identifiés

- la projection de temps médical de l'établissement support, ou d'autres établissements parties du GHT, essentiellement pour des consultations de spécialités,
- le déploiement de moyens de télémedecine, téléinterprétation en radiologie, téléexpertise...,
- Le maintien, l'installation ou la mutualisation de moyens de medecotechnie, en particulier radiologie simple, inscription de l'hôpital de proximité dans un circuit de laboratoire unifié...

[408] Les problématiques liées à la projection de temps médical ou au déploiement de la télémedecine ont été abordées *supra*. L'objectif de mobilisation prioritaire au profit d'une offre de proximité doit être intégrée par les GHT et accompagnée le cas échéant de manière spécifique par les ARS.

L'hôpital de Vitry le François, GHT Cœur Grand est

L'hôpital de Vitry le François a fait l'objet d'une recomposition importante de son offre de soins. Confronté à une situation complexe (situation financière tendue, difficultés des équipes médicales, concurrence du secteur privé, démographie locale déclinante), l'établissement intégré au GHT Cœur Grand est a été conduit à abandonner certaines activités (chirurgie, maternité transformée en centre périnatal de proximité, pédiatrie, biologie). L'offre de soins a été réorientée avec le support du GHT : biologie centralisée au CH de Saint-Dizier, rénovation des urgences, et du plateau de soins de proximité, déploiement d'une antenne de télé AVC, consultations spécialisées depuis Saint-Dizier (pneumologie, chirurgie, pédiatrie...), augmentation des capacités en SSR.

Source : Enquête IGAS

¹⁶² Ils « 1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

« 2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

« 3° Participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;

« 4° Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire. »

[409] Sur la base des critères en vigueur en application des textes actuels¹⁶³, 241 établissements de santé sont labélisés « hôpital de proximité ». Un objectif de doublement de ce nombre a pu être présenté, mais ne semble pas officiellement corroboré, la croissance devant être progressive, et le nouveau cadre de définition étant attendu à l'été 2020. Quel que soit ce cadre de labellisation, qui comportera d'évidence des exigences sur le respect des missions, du périmètre d'activité et les liens avec l'offre de soins ambulatoire et médico-sociale, les ARS, les GHT et les établissements concernés doivent anticiper les adaptations nécessaires, soit pour renforcer l'offre de proximité existante, soit pour l'adapter au périmètre de l'hôpital de proximité.

Recommandation n°20 Inscrire dans les CPOM de GHT les dispositions conduisant à garantir aux hôpitaux ou sites de proximité les moyens nécessaires à leur fonctionnement

3.2.1.2 Privilégier de manière volontariste l'articulation avec la médecine de ville et les Ehpad

[410] Aux termes de la loi, les hôpitaux de proximité agissent « en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile ».

[411] S'agissant de l'articulation avec la médecine libérale, elle suppose l'attractivité de l'activité mixte pour les médecins, et la prise en compte de l'organisation en CPTS, en cours de structuration.

[412] La participation de médecins libéraux à la prise en charge et au suivi de leurs patients au sein de l'hôpital de proximité est classique et passe par la conclusion d'un contrat d'exercice libéral. La loi du 29 juillet 2019 prévoit la possibilité d'octroyer une rémunération spécifique pour les activités de coordination avec les équipes hospitalières et de participation aux instances, en plus du temps clinique –rémunéré sur honoraires conventionnels. La mission considère comme indispensable que cette rémunération soit suffisante pour attacher les médecins libéraux à l'hôpital de proximité.

[413] En termes institutionnels, les CPTS et les hôpitaux de proximité ont une vocation naturelle à coopérer, tant leurs objectifs et missions convergent, pour assurer accès aux soins et qualité des parcours. Plusieurs options sont envisageables pour inscrire cette coopération dans un cadre juridique clair :

- document définissant les modalités d'articulation, autour d'un projet de santé ; il ne s'agit pas de rajouter ici un nouveau type de document cadre, ni un nouveau projet de santé au niveau de proximité, mais de clarifier simplement les objectifs communs (type d'appui apporté aux professionnels de ville, types de prises en charge proposées...) ;
- participation croisée aux instances respectives de la CPTS et de l'hôpital de proximité...

[414] S'agissant du secteur médico-social et de l'HAD, les coopérations sont en principe déjà inscrites dans les faits et le droit. Néanmoins, on a noté *supra*, que ces articulations s'avéraient parfois laxistes ou fortement lacunaires. Le niveau de proximité peut être propice à l'approfondissement et la formalisation du travail commun, en particulier dans le cadre de la filière gériatrique.

[415] Entre l'ensemble des acteurs hospitaliers, y compris établissements privés, médico-sociaux et ambulatoires, la responsabilité populationnelle qui leur incombe devrait se traduire par un « tour de table » d'abord informel, concrétisé dans un diagnostic territorial partagé, qui ne doit pas nécessiter

¹⁶³ La LFSS pour 2015 a conduit à définir des conditions d'éligibilité au label « hôpital de proximité » : activité de médecine plaffonnée, pas d'activité de chirurgie et obstétrique, territoire répondant à certains critères démographiques

une mobilisation excessive, les données existantes et la connaissance du terrain dont les professionnels disposent devant largement suffire à l'établir.

[416] Quant au projet territorial de santé, initié par une CPTS et un établissement (hospitalier ou médico-social), il ne doit pas non plus être conçu comme un nouveau document s'ajoutant à la liste fournie des projets, plans et contrats existants, mais plutôt comme une formalisation simple des collaborations concrètes établies ou à venir entre les différents acteurs locaux, pour fluidifier les prises en charges des patients et en assurer la continuité.

Recommandation n°21 Concevoir les documents contractuels liant les acteurs de proximité, CPTS, établissements de santé et médico-sociaux de manière opérationnelle en explicitant les procédures de prise en charge concrète des patients

3.2.1.3 Poursuivre les mutualisations de fonctions support en privilégiant la disponibilité et l'adaptation des moyens au niveau des hôpitaux ou sites de proximité

[417] Les mutualisations de fonctions support constituent une opportunité majeure pour les hôpitaux ou sites de proximité de bénéficier de moyens d'excellence, à moindre coût, notamment dans le domaine informatique, ou de gains en matière d'achat. Leur capacité en investissement et fonctionnement est ainsi fortement accrue par l'inclusion dans un GHT.

[418] Dans le domaine des SI, la convergence du SI patient et la constitution d'un DPI représente une avancée potentielle majeure en termes de fluidité des parcours de l'hôpital de proximité vers le niveau de recours.

[419] Il convient cependant que ces avantages soient mis en regard des risques d'inadaptation des prestations fournies. Les besoins des hôpitaux de proximité devraient ainsi faire l'objet d'une analyse et d'une prise en compte spécifique.

[420] Pour les achats, on a noté que certains GHT avaient d'ores et déjà su s'adapter à des expressions de besoins locaux, notamment par un allotissement adapté de leurs marchés. De même, les fournisseurs locaux peuvent être accompagnés dans les procédures de réponses aux appels d'offres centralisés des GHT, qui peuvent représenter pour eux une charge administrative complexe et dissuasive.

3.2.1.4 Conforter le pilotage de proximité

- Plusieurs modes de direction des hôpitaux et sites de proximité sont envisageables

[421] Le modèle des sites de proximité est prévu par les textes. Il ne présente en soi pas de difficulté managériale, mais nécessite une vigilance particulière pour maintenir au niveau du site les conditions d'une gestion locale attentive, des capacités de détection rapide de problèmes quotidiens, et des possibilités de réponse adaptée. La nomination d'un directeur délégué peut constituer une solution rassurante pour les personnels du site et garantir la présence d'un interlocuteur direct pour la communauté médicale et pour les personnels soignants, administratifs et techniques, en particulier pour les questions relatives aux conditions de travail, hygiène et sécurité, établissement des planning, disponibilité des moyens techniques...

[422] De même, le modèle des pôles multisites, relativement rare, présente l'avantage d'une approche thématique transversale (gériatrie, filières médico-techniques...). En cas de site de proximité, il ne dispense pas d'une présence managériale de terrain.

[423] Les hôpitaux de proximité avec personnalité morale propre disposent *a priori* d'un organigramme complet garantissant que l'intégralité des fonctions administratives et techniques sera assurée sur place, sans préjudice des mutualisations liées à l'appartenance au GHT. On a noté *supra* les précautions particulières qui devront être prises au sein du GHT pour garantir une adaptation des moyens mis à disposition de ces établissements. De même, une autonomie particulière devrait être préservée aux hôpitaux de proximité, notamment pour le recrutement et la conclusion de contrats avec les médecins libéraux.

- La gouvernance interne du GHT devra refléter la prise en compte des hôpitaux et sites de proximité et les enjeux qui leur sont spécifiques.

[424] Le premier niveau de recours hospitalier, articulé avec la médecine de ville et le secteur médico-social constitue désormais, pour les GHT, une priorité en termes d'organisation, d'affectation de moyens et de service à rendre. Il doit figurer en bonne place au sein des PMSP de deuxième génération (*cf. supra*).

[425] S'agissant des instances du GHT, elles doivent refléter, dans leur composition et leur fonctionnement, la priorité accordée à la proximité. Selon un principe de simplification qui doit désormais sous-tendre la gouvernance des GHT, la mission préconise de ne pas créer de nouvelles instances, mais de s'appuyer d'abord sur l'existant, quitte à en adapter le fonctionnement pour tenir compte de cette nouvelle orientation privilégiée.

[426] Ainsi, l'articulation avec les élus prendra un relief particulier dans le cadre des sites ou hôpitaux de proximité ; les contacts informels sont d'ores et déjà habituels à ce niveau. Les CTCL pourront utilement inscrire régulièrement le sujet de la proximité à leur ordre du jour.

[427] Les pratiques soignantes et la qualité des soins en hôpitaux de proximité pourront être traitées régulièrement en CSIRMT avec une représentation des communautés de ces établissements. De même au contrat et à la CMG, en lien avec les CPTS et les interlocuteurs de secteur médico-social, la problématique du premier recours hospitalier devra être régulièrement abordée, le cas échéant au sein d'une commission spécifique.

Recommandation n°22 Adapter le management et la gouvernance de GHT pour tenir compte de la priorité accordée à l'organisation du premier recours hospitalier

3.2.2 L'objectif de l'intégration : à moyen terme, un GHT personne morale unique

[428] *Renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration* ». Ce titre du chapitre III de la loi du 29 juillet 2019 fixe pour les GHT le cap d'une intégration supplémentaire, et précise qu'il est subordonné au choix des établissements.

[429] Le droit d'option est défini dans la loi comme la possibilité pour les établissements parties à un GHT de fusionner ou de substituer leurs instances et celles du GHT¹⁶⁴. Ces dispositions dont les modalités d'application seront, pour chaque instance, précisées par ordonnances, dessinent un

¹⁶⁴ Cf. *supra* rapport 3.1.1.3

processus d'intégration, facultatif car dépendant du choix des établissements parties, et délimité, puisque portant sur la gouvernance du GHT et non sur sa nature juridique. Le GHT reste dépourvu de la personnalité morale, selon la règle retenue par la loi de 2016.

3.2.2.1 Un point nodal : la personnalité morale unique du GHT

[430] Le débat sur la personnalité morale des GHT, nourri avant la loi de 2016, et tranché par un arbitrage négatif, n'a pas eu la même place dans les travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 29 juillet 2019. Le choix du législateur est de ne pas revenir sur cette question et de tracer un processus – celui de la fusion ou de la substitution des instances- qui peut en rapprocher, sans l'imposer, ni même l'évoquer comme une cible possible.

[431] Cette cible pourrait être la création d'un établissement public territorial de santé qui remplacerait les GHT. La perspective paraît cependant aléatoire et lointaine si elle dépend exclusivement de procédures de fusions d'établissements.

- La création d'un établissement public de santé de territoire : avantages et inconvénients

[432] La transformation des GHT en établissements publics de santé de territoire (EPST) est préconisée dans un rapport intitulé *Repenser l'organisation territoriale des soins*¹⁶⁵ résultant d'une commande de la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre de la définition de la stratégie de transformation du système de santé « ma santé 2022 ».

[433] Selon la mission, ce modèle de l'EPST peut effectivement répondre, à condition de se substituer et non de s'ajouter aux EPS actuels, à certains défauts du modèle en vigueur (convention constitutive et établissement support), souvent soulignés par les acteurs des GHT eux-mêmes: redondance et lourdeurs des instances, tensions entre établissements support et établissements parties dans le champ des compétences transférées au GHT, mutualisation financière limitée compte tenu du principe d'autonomie budgétaire des établissements.

[434] En outre, certains GHT ont atteint ou vont atteindre ce stade d'intégration. Ainsi le GHT 77 nord, composé à l'origine de 4 centres hospitaliers¹⁶⁶, n'en comporte plus qu'un au 1^{er} janvier 2020, date d'effet de la dernière fusion programmée. Autre exemple, le GHT Haute Saône, compte un groupe hospitalier, composé de trois entités géographiques, à Vesoul, Lure et Luxeuil, et 9 EHPAD dont 6 en direction commune. Au 1^{er} janvier 2020, le centre hospitalier de Graye va rejoindre le GHT, après un an de direction commune, dans le cadre d'une fusion. De même, la fusion des 4 établissements du GHT Nord Ardennes (Charleville-Mézières, Sedan, Fumay, Nouzonville) a été annoncée pour 2020.

[435] Ces exemples montrent que l'EPST est possible. En plus du regroupement institutionnel, ces trois GHT révèlent une maturité de fonctionnement qui se traduit, au-delà des fondamentaux du PMP, dans leur mode de gouvernance (fusion des instances, pôles inter-sites) et dans leur stratégie médicale (temps partagé intersites dans la gestion des filières, ouverture sur la ville et partenariat étroit avec le médico-social).

¹⁶⁵Cf. *Repenser l'organisation territoriale des soins*, mesure n°8 : transformer les GHT en établissement publics de santé de territoire. Rapport final P Pribile, N. Nabet.

¹⁶⁶ CH de Meaux, établissement support, CH de Lagny, CH de Coulommiers CH de Jouarre

- A ces avantages potentiels de l'EPST répondent des inconvénients qui résultent davantage du contexte que du modèle lui-même.

[436] Tout d'abord si les échanges de la mission avec les GHT montrent un consensus sur la consolidation et le développement d'une stratégie médicale de groupe, il n'entraîne pas nécessairement une adhésion à un modèle intégratif qui suscite des réserves sinon des oppositions. Les conférences de directeurs et de présidents de CME de centres hospitaliers notamment, sans contester la nécessité d'une démarche d'intégration pour la définition et la mise en œuvre d'une stratégie claire et opérationnelle, récusent une démarche qui s'appuierait sur une généralisation des fusions, appliquée à chaque GHT. Elles en soulignent l'impossibilité dans les GHT comportant un grand nombre d'établissements,¹⁶⁷ et les risques : gigantisme, perte d'identité, « déséconomies » d'échelle, illisibilité pour la médecine de ville et le secteur médico-social, et donc inadaptation à la gestion de la proximité.

[437] Ces deux conférences, qui représentent la majorité des établissements composant les GHT préconisent plutôt des solutions au cas par cas et le développement des directions communes avant d'envisager si possible des fusions. La fédération hospitalière de France, tout en étant très attachée à une véritable stratégie de groupe, se situe dans une même logique, celle du déploiement progressif d'un modèle intégratif, dont la direction commune est un levier puissant, mais qui ne va pas nécessairement jusqu'à la fusion.

[438] Les conférences de directeurs généraux, de présidents de CME et de doyens¹⁶⁸ représentant les CHRU adhèrent à une vision plus nettement intégrative de l'évolution des GHT, compatible de manière générale avec le principe de l'EPST, même s'il doit être envisagé en fonction de la spécificité des établissements concernés et des obstacles auxquels il peut être confronté (opposition des élus à une fusion et/ou de la gouvernance interne, effet dissuasif d'une perspective de fusion avec un établissement en grande difficulté...).

[439] Les autres acteurs, notamment les organisations syndicales représentatives des personnels non médicaux, sans être toutes¹⁶⁹ par principe opposées aux fusions, n'imaginent pas qu'elles soient généralisables.

- La fusion, comme unique solution d'intégration, représenterait un chantier démesuré.

[440] L'enquête conduite par la mission auprès des GHT fait état de 26 fusions projetées. L'absence indiquée *supra* de suivi national actualisé des fusions ne permet pas d'en connaître le nombre de manière exhaustive. En fonction des fusions tracées pour chaque année entre 2016 et 2019 et de la *liste complète des établissements faisant partie d'un GHT*¹⁷⁰, le nombre d'EPS entités juridiques peut être estimé à 750 environ.

¹⁶⁷ Plusieurs exemples ont été cités lors des échanges avec la mission : GHT Limousin (18 EPS), GHT Allier- Puy de Dôme (15 établissements), GHT Loire (20 EPS).

¹⁶⁸ La conférence des doyens raisonne à l'échelle de la subdivision d'internat pour les questions de formation des médecins d'affectation des internes et de recherche, et s'associe plus généralement à une vision intégrée de fonctionnement des GHT dans lesquels elle voit un socle territorial de partage des aspects hospitalo-universitaires avec les établissements qui les composent.

¹⁶⁹ Bien qu'ayant invité pour un échange les cinq organisations syndicales représentées au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, la mission a seulement pu rencontrer la CFDT et l'UNSA. La position des 3 autres organisations syndicales (CGT, FO et SUD) n'a pu être recueillie mais leur opposition aux GHT est connue et récurrente et elle ne peut qu'être identique pour les fusions.

¹⁷⁰ Liste classée sur le site du ministère de la santé et des solidarités et qui comporte 899 établissements dont 55 EHPAD, le nombre d'EPS, le nombre d'EPS serait de 844 et celui des EPS entités juridiques de l'ordre de 750.

[441] En outre, une fusion de tous les établissements ne paraît pas envisageable dans les GHT dotés d'un grand nombre d'établissements, sauf de manière échelonnée, ce qui réduirait sensiblement les effets attendus de la fusion sur la dynamique de GHT, du fait de la longueur des procédures pour chaque fusion. Les impératifs liés au pilotage nécessairement participatif du projet, à la consultation de toutes les instances de chacun des établissements concernés, et à la mise en œuvre technique de la fusion dans ses différents aspects, budgétaires et ressources humaines en particulier, ne permettent pas d'envisager un processus d'une durée inférieure à un an par fusion¹⁷¹.

[442] La question particulière des établissements de santé mentale peut également être un obstacle à une cible de fusion pour tous. L'adhésion aux GHT n'a pas été générale, des dérogations existent encore et l'affichage d'une fusion obligatoire et programmée serait sans doute contreproductif¹⁷².

[443] Enfin est posée la question des EHPAD, au nombre de 55 actuellement intégrés dans des GHT. Si leur intégration dans une fusion avec un EPS support de GHT ne peut être exclue, elle ne semble pas constituer une nécessité du processus intégratif, les enjeux n'étant pas les mêmes que pour un EPS. En effet l'articulation EPS/EHPAD est principalement une question de protocoles (hospitalisations, dossier patient, relations interservices et de fonctionnement des filières, « urgences, gériatrie, SSR, télé-conseil, télé-consultations notamment »). La valeur ajoutée de l'entité juridique unique ne semble pas essentielle au regard de ces objectifs, alors qu'elle peut être déterminante pour arrêter des priorités de stratégie et de gestion des ressources humaines médicales qui concernent principalement les EPS.

[444] De plus, l'extension des procédures de fusion aux EHPAD, outre qu'elle n'est manifestement pas souhaitée par les représentants de ces établissements¹⁷³, en compliquerait la réalisation, pour la fusion des instances, comme pour le principe de l'opération qui impliquerait l'aval du conseil départemental.

3.2.2.2 Deux scénarios pour une trajectoire vers un établissement public de santé territorial

- Le scénario de fusion : des préalables et la nécessité d'un accompagnement du processus

[445] Un juste dimensionnement du champ de la fusion est le premier préalable. Il impliquerait en amont une révision des périmètres de quelques GHT (*cf. supra*) en particulier de ceux qui comportent un grand nombre d'établissements.

[446] La qualité des relations internes au GHT, la maturité des axes et des modalités de coopération mises en œuvre et un mode de gouvernance établi tendant à une direction unifiée peuvent être déterminantes dans l'acceptabilité et la réussite d'une fusion programmée. A cet égard, la mise en place transitoire d'une direction commune est une étape utile, si la cible est clairement annoncée. Sa durée peut alors être courte, avec comme feuille de route, la construction du projet de fusion.

¹⁷¹ A titre d'exemple, la fusion entre le CHU de Grenoble-Alpes et le CH de Voiron, demandée par l'ARS en septembre 2018 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour des raisons techniques, notamment liées à l'annualité budgétaire, la prise d'effet d'une fusion doit coïncider avec le début de l'année civile et de l'exercice budgétaire

¹⁷² L'ADESM (association des établissements de service public de santé mentale) et la conférence des présidents de CME de CH, auditionnées par la mission, ne souscrivent pas à une idée de fusion avec les établissements supports et plus largement sont réservées sur le modèle intégratif

¹⁷³ L'AD-PA (association des directeurs d'établissements au service des personnes âgées) défend d'ailleurs plutôt les partenariats conventionnels que l'intégration dans un GHT) au motif invoqué de la spécificité du modèle établissement de vie plutôt qu'établissement de soins

[447] Cette étape essentielle nécessite un pilotage participatif, associant l'ensemble des acteurs hospitaliers, conduit par l'établissement support en coordination avec l'ARS, les élus. A cet égard, le choix de la formule de fusion par création d'un nouvel établissement de santé paraît préférable à celui de fusion par absorption, car mieux adapté à l'appropriation d'une identité nouvelle par toutes les parties.

[448] Enfin, un accompagnement financier peut être nécessaire, pour faire accepter la fusion notamment dans le cas où la situation financière des établissements concernés ou du GHT dans son ensemble serait particulièrement difficile. Ce point expressément mentionné dans le rapport « repenser l'organisation territoriale des soins » peut d'ailleurs s'appliquer pour le scénario de fusion comme pour un second scénario qui serait celui de la création directe d'un établissement public territorial de santé.

- Un scénario à construire de création d'un établissement public de santé territorial

[449] La loi du 29 juillet de 2019 n'a pas retenu cette possibilité. En conséquence seules une ou des fusions permettent la création d'un établissement public territorial en l'état du droit en vigueur.

- Dans ce cadre, le GCS établissement de santé ne peut être une alternative aux fusions trop complexes ou impossibles entre l'ensemble des établissements membres d'un GHT.

[450] En effet deux dispositions du code de la santé publique s'y opposent:

- Une disposition législative « ... *Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés , des établissements médico-sociaux des centres de santé , des... »*¹⁷⁴.
- Une disposition réglementaire : *« la convention constitutive (d'un GCS établissement de santé) mentionne , le cas échéant, la vocation du groupement à exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres...La décision du directeur général de l'ARS mentionne....le site géographique de l'exploitation en commun*¹⁷⁵.

[451] La pluralité nécessaire des établissements constituant un GCS est par définition contraire à leur transformation par le biais et dans le cadre d'un GCS en un établissement unique. En outre, la règle du site unique d'exercice de chaque autorisation d'activités de soins ne correspond pas au modèle des filières de soins du GHT.

- La création d'une nouvelle catégorie d'établissements de santé, l'établissement public territorial semble une alternative à étudier si la cible retenue est la transformation de chaque GHT en un EPST, personne morale unique.

[452] L'hypothèse est avancée compte tenu de l'impossibilité d'atteindre un tel résultat des seules procédures de fusion ou de la création d'un GCS établissement de santé. Retenir cette cible de transformation des GHT relève d'un choix politique qu'il n'appartient pas à la mission de proposer. Au cas où il serait envisagé ou retenu, le rapport en indique l'impact sur le cadre juridique qui régit les établissements publics de santé.

¹⁷⁴ Article L 6133-2 du code de la santé publique

¹⁷⁵ Articles R 6133.1 et R 6133.1.1 du code de la santé publique dont les dispositions sont rappelées dans la note d'information de la DGOS PF3/R3/2019/91 du 5 avril 2019.

[453] Le code de la santé publique, partie législative, dispose que « *le ressort des centres hospitaliers peut être communal intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national* »¹⁷⁶. La question de la création d'un ressort adaptable aux GHT nécessiterait donc une adjonction à la loi en vigueur. En effet, même si les GHT peuvent correspondre à des ressorts prévus par la loi, le changement de ressort est une procédure prévue pour un seul établissement qui « *demande l'extension ou la diminution de son ressort* »¹⁷⁷. Le changement de ressort ne peut donc pas être un moyen de créer un établissement de santé territorial.

[454] La création d'EPST par arrêté du directeur général de l'ARS, et se substituant aux GHT et aux établissements membres, telle que proposée dans le rapport « *Repenser l'organisation territoriale des soins* »¹⁷⁸ pour parvenir à un modèle intégratif abouti, est pour la mission une piste à creuser, qui justifierait une étude approfondie de faisabilité.

Recommandation n°23 Engager une étude de faisabilité de l'institution d'une nouvelle catégorie d'établissements publics de santé – l'établissement public de santé territorial – pour en préciser le cadre juridique et la procédure de création.

[455] Le scénario de l'EPST unique, s'il était retenu, devrait être articulé avec un modèle de gouvernance et de management permettant un pilotage adéquat des filières médico-soignantes selon différents dispositifs possibles ; directions déléguées de site, pôles intersites. La construction de ces dispositifs pourrait s'imaginer dans un cadre réglementaire souple, laissant des marges d'initiative aux acteurs de l'EPS.

[456] Les instances de gouvernance seraient fusionnées. Toutefois, le comité social d'établissement (CSE) serait complété de formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail¹⁷⁹. Un principe analogue pourrait s'appliquer par rapport à Commission médicale de territoire ou à la CSIRMT avec le maintien de comités de site chargés de l'interface avec les instances de l'EPS et de l'ensemble des sujets de terrain ou de proximité.

Claude DAGORN

Dominique GIORGI

Alain MEUNIER

¹⁷⁶ Article L 6141-1 du code de la santé publique

¹⁷⁷ Article L6147-1-7.II du code de la santé publique

¹⁷⁸ Rapport cité infra

¹⁷⁹ Dispositif prévu par l'article 4 de la loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la santé publique

LETTRE DE MISSION



La Cheffe de l'IGAS

Paris, le 16 MAI 2019

La cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

à

Pr Luc BARRET
Claude DAGORN
Dominique GIORGI
Alain MEUNIER

Inspecteurs généraux

Objet : Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire

Le programme d'activité de l'IGAS pour l'année 2019 a prévu que soit réalisé un bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) mis en place au 1^{er} juillet 2016 en application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. La loi dispose que tout établissement public de santé doit, sauf dérogation, faire partie d'un tel groupement, qui dessine un nouveau mode, conventionnel, de coopération hospitalière et un nouveau cadre d'organisation de l'offre de soins sur un territoire. Ainsi, 135 GHT se sont constitués avec des périmètres géographiques et un nombre d'établissements-membres très variables.

Aux termes de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, « *le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.* »

Même si leur mise en place a été progressive et si leur mode de fonctionnement est évolutif, il apparaît aujourd'hui souhaitable de **faire un bilan d'étape de ces GHT au regard des objectifs qui leur ont été assignés** : gradation de l'offre de soins visant à assurer l'accès aux soins ainsi que leur qualité et sécurité sur l'ensemble du territoire ; définition d'une stratégie partagée pour la prise en charge des populations et traduction de cette stratégie en un projet médical ; mutualisations et répartitions raisonnées des équipements techniques et des ressources humaines, notamment médicales.

Ce bilan d'étape **permettra d'accompagner les acteurs au moment où la loi** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en cours de discussion au Parlement, **ouvre une deuxième phase de déploiement de ces groupements**, dont le rôle sera renforcé : repositionnement de la gestion des ressources humaines médicales au niveau des GHT, généralisation des commissions médicales de groupement d'ici 2021, droit d'option pour fusionner les instances, mutualiser les trésoreries, unifier les stratégies d'investissement et contractualiser avec l'ARS dans un cadre unique. L'objectif de renforcement des GHT suppose simultanément une simplification de leur fonctionnement pour gagner en capacité d'adaptation et de décision.

Dans ce contexte, la mission que je vous confie vous conduira à examiner les sujets suivants :

- **Le périmètre géographique et la composition institutionnelle des GHT** : modalités et critères de définition de ces périmètres, définition éventuelle d'une taille optimale, motifs des exonérations résiduelles, place de la psychiatrie, place des CHU, modalités d'association des établissements autres que les établissements publics de santé (établissements médico-sociaux, établissements privés...);
- **Les modalités d'élaboration, le contenu et la portée des « projets médicaux partagés »**, notamment : leur capacité à structurer des filières de soins ; leurs effets sur la sécurisation des parcours de soins, sur l'organisation des flux de patients, sur l'implantation et le volume des activités, sur l'équilibre entre offre de proximité et offre de référence et de recours ; les liens organisés avec les autres segments de l'offre de soins (secteur médico-social, soins de ville) au service d'une plus grande continuité et complémentarité des prises en charge ;
- **La traduction de ces groupements dans les organisations et dans la mobilisation des ressources hospitalières**, notamment : la constitution d'équipes médicales communes ; l'organisation de la permanence des soins ; l'évolution des effectifs et de leur répartition entre les établissements membres, avec les gains éventuels d'efficacité observés ou prévisibles ; la mutualisation des fonctions supports en relation directe avec les activités de soins, (notamment le département de l'information médicale et la gestion des systèmes d'informations) ;
- **Les éléments essentiels de leur gouvernance** en tant que points d'appui ou obstacles au déploiement de la stratégie des GHT : fonctionnement des instances ; processus de décision ; relations avec les élus ; dialogue social ; degré d'adhésion des personnels ; lisibilité des objectifs et des responsabilités ; conciliation entre dynamique d'intégration et subsidiarité dans les schémas organisationnels déployés.

Vous apprécierez ainsi, de manière dynamique, l'incidence globale des GHT sur le service rendu aux populations et sur la soutenabilité de notre organisation hospitalière (bénéfices, fragilités, points de vigilance). Vous indiquerez dans quelle mesure et à quelles conditions les GHT permettront d'apporter des solutions renouvelées pour conjuguer proximité et sécurité des soins, optimisation des ressources hospitalières et qualité de service aux populations. Vous formulerez toute recommandation utile à cet égard en tenant compte du projet de loi précité.

Votre rapport est attendu pour le 15 octobre.



Nathalie DESTAIS

LISTE DES ANNEXES

(TOME II)

ANNEXE 1	Exploitation du questionnaire adressé aux GHT
Annexe 1A.	Caractéristiques territoriales et institutionnelles des GHT
Annexe 1B.	Analyse des projets médicaux partagés
Annexe 1C.	Analyse des fonctions support
Annexe 1D.	Fonctionnement des instances de GHT
ANNEXE 2	Typologie de GHT visités en fonction de leur maturité
Annexe 2A.	Méthodologie
Annexe 2B.	Fonctionnement de la gouvernance des GHT
Annexe 2C.	Mutualisation des fonctions support
Annexe 2D.	Filières de soins
Annexe 2E.	Intégration du GHT dans l'offre de soins
Annexe 2F.	Suivi et évaluation
Annexe 2G.	Appréciation de synthèse

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la ministre de la santé et des solidarités

Thomas DEROCHE, Directeur-adjoint de Cabinet

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Katia JULIENNE, Directrice générale

Sylvie ESCALON, Sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Clémence MAINPIN, Chef de projet de l'équipe nationale Groupements Hospitaliers de Territoire

Caroline LE GLOAN, Cheffe de bureau, Bureau PF5 – Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins.

Michel RAUX, Nadine HARB, bureau PF5

Edith RIOU, bureau R5

Région Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Direction générale

Jean-Yves GRALL, Directeur général

Igor BUSCHAERT, Directeur de l'offre de soins

Hubert WACHIOVIK, Directeur délégué régulation de l'offre de soins hospitalière

Raphael BECKER, Directeur délégué finance et performance

Groupements Hospitaliers de Territoire

GHT Loire

Michaël GALY, Directeur général CHU Saint Etienne Président du Comité stratégique

Pr François BALLEREAU, membre du collège médical du GHT

Pr Fabrice ZENI, Doyen de la faculté

Pascal MOCAER, Directrice générale adjointe

Michaël BATTESTI, Secrétaire général CHU de Saint Etienne

Catherine DELAVEAU,

Nicolas MEYNIEL,

Et Clotilde BANCEL Direction des affaires économiques

Christel PIERRAT,

Juliette ANDRES, Direction des affaires médicales

Hervé CHAPUIS,

Vincent BERNE, Direction des achats

Pierre-Joël TACHOIRES, Direction qualité et gestion des risques

Sébastien CHABANEL, DSI

Pr Béatrice TROMBERT-PAVIOT, DIM

Anabelle DELPUECH,

Catherine DELAVEAU, DRH

GHT Beaujolais nord Dombes

Mme BONGIOVANNI-VERGEZ, Président du Comité stratégique RNBD
Dr Anne NOVE JOSSERAND, Présidente du collège médical RNBD
Dr Hervé BONTEMPS, Président de la CME HNO-Villefranche
Laurent RAISIN-DADRE, chargé de mission GHT
Nasser AMANI, DOSI GHT RNBD
Dr BUISSET, médecin DIM GHT RNBD
Sophie LEONFORTE, directeur des affaires médicales HNO
Franck ORCEL, directeur des achats GHT RNBD
Sylvain DELAIR, directeur des finances HNO
Bernadette LAFOND, directeur commun CH Beaujeu et CH Belleville
Jean-Charles FAIVRE-PIERRET, directeur CH Saint Cyr au Mont d'Or

Région Bourgogne Franche Comté

Agence Régionale de Santé

Pierre PRIBILLE, directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté
Et collaborateurs

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Dijon 21-52:

Nadiège BAILLE, Présidente du Costrat, Directrice général du CHU Dijon Bourgogne
Virginie BLANCHARD, Directrice adjointe en charge du GHT 21-52
Bénédicte MOTTE, Directrice générale adjointe
Dominique GARROT, Co-présidente du Collège médical
Maurice GIROUD, Co-président du Collège médical
Yves COTTIN, Président de la CME du CHU
Carol GENDRY, Présidente de la CSIRMT, Coordinatrice générale des soins
Marc MAYNADIE, Doyen UFR de santé
Catherine QUANTIN, Co-présidente du DIM de territoire
Gilles NUEMI, Co-vice-président du DIM de territoire
Pascal TAFFUT, Directeur délégué par intérim du CH d'Auxonne
Virginie CLERC, Présidente de CME du CH d'Auxonne
Valérie STEFANUTTI, présidente de la CSIRMT du CH d'Auxonne
Audrey BESSON BRESSER, Directrice par intérim des CH Bourbonne-les-Bains/Chaumont/Langres
Caroline MOINET, Présidente de la CSIRMT des CH Bourbonne-les-Bains/Chaumont/Langres
Bertrand MORINEAUX, Président de la CME du CH de Bourbonne-les-Bains
Sameer AL SHOUAIB, Président de la CME du CH de Chaumont
Brigitte SIMEON, Présidente de la CME du CH de Langres
Anne MARILLET-MOUALLEM, Co-présidente du DIM de territoire
Marc LE CLANCHE, Directeur du CH de Semur en Auxois
Samuel FOTCHUONT, Président de la CME du CH HCO
Agnès VILLEGAS, Présidente de la CSIRMT du CH HCO
Sundé KILIC, Présidente de la CME du CH de Semur en Auxois
Laurence BIERRY, Présidente de la CSIRMT du CH de Semur en Auxois
Sylvie GROSJEAN-RASMUSSEN, Co-vice-présidente du DIM de territoire
Frédéric PLUCHOT, Directeur par intérim du CH d'Is-sur-Tille

Hervé MANTELET, Président de la CME du CH d'Is-sur-Tille
Edith MORIZOT, Présidente de la CSIRMT du CH d'Is-sur-Tille
François MARTIN, Directeur du CH la Chartreuse
Gérard MILLERET, Président de la CME du CH la Chartreuse
Michelle BICHON, Présidente de la CSIRMT du CH la Chartreuse
Frédéric RICOLFI, Chef du pôle imagerie
Aline LAZZAROTTI, Chef du service pharmacie
Pascal GUERARD, Chef de pôle laboratoire de pharmacologie toxicologie
Pierre JOUANNY, Coordinateur du volet gériatrie du PMP
Paul SAGOT, Chef du pôle gynécologie, coordinateur du volet FMR du PMP
Agnès TESTENIERE, Coordinatrice qualité gestion des risques du GHT
Claude GIRARD, Coordonnateur médical-coopérations CHU-sud Haute-Marne
Véronique ALAVOINE, Chef du service de l'USP, EMSP La Mirandière
Bertrand DEPERNET, représentant de la CME du CH de Chaumont
Pamela RICHARD, Pharmacien
Pierre BESSE, Vice-président de la CME du CH la Chartreuse
Joseph HELOU, Chef de service de chirurgie du CH de Semur en Auxois
Magali VERNET, Présidente du collège médical du GHT Sud Côte d'Or
Isabelle GENDRE, Directrice des systèmes d'information
Boris SELLIER, DSI du CH de Semur-en-Auxois
Gaëtan THOMAS, DSI du CH HCO
Isabelle BEURIAT, Responsable du SI du CH la Chartreuse
Vincent MORLOT, RSI du CH de Chaumont
Adrien MASSOTTE, RSI du CH de Langres
Anas EL MAAZOUZI, RSI du CH de Bourbonne-les-Bains
Anne-Lucie BOULANGER, Directrice des affaires médicales du CHU
Lucie LIGIER, Directrice des ressources humaines du CHU
Romain FISCHER, Directeur adjoint des ressources humaines et des affaires médicales
Frédérique MOREAUX, Directrice des ressources humaines et des affaires médicales
Nicolas MARTENET, Directeur des ressources humaines des CH de Bourbonne-les-Bains/Chaumont/Langres

GHT Haute-Saône :

CH de Vesoul :

Pascal MATHIS, Directeur du CH de Vesoul
Dr Toufiq EL CADI, Président de la CME du CH de Vesoul
Philippe KRATZ, Philippe LEQUIEN, Dr Emad MORCOS (DIM), Murièle PLAZA, Sylvie TOURS,
DR Sophie BOURSCHEID-CARON, Dr Julien LILLAZ, Catherine POINTET, Julie CASSE

Etablissements membres :

Antoine CRETINEAU, Dr Caroline TALON-MOUGIN, Christine CONSOLINI, Marie-Agnès JAMEY,
Anne BONTEMPS, Aurélie ORCHAMPT, Dr Céline MICHEL, Jean-Luc HURTARD, Marie MAILLOT,
Adeline VERNIER, Dr Fabienne MONIAUX DONZELOT

Comité territorial du dialogue social :

Edith MARSOT, Patrick BARDEY, CGT
Myriam CARISEY, Eric GERARD, FO

Autres :

Luc BENET, M. BOUHLALA, Dr Jean-Michel BREMON, Christiane SORIA-CLERC, Dr Anne-Laure MILLET BARI, Frédérique LE MARER, Dr Jean-François ROCH, Perrine CROIZIER, Dr Roger PAPAVERO, Edith SIMON, Christelle REDOUTEY, Bruno CHABOD, Dan BIGARD, Julie DEVILLERS GARRET, Delphine DESSELET, Dr Camille BEAUGER, Dr Anne BENETT, Pascal MARTINET, Sylvie BENGUELLA, Patricia CUDEY, Agnès CHAMPENOIS.

Région Bretagne

Agence Régionale de Santé

Stéphane MULLIEZ, directeur général adjoint en charge de la direction des coopérations territoriales et de la performance

Anne-Marie LORHO, directrice adjointe « Coopérations et professions de santé en établissements »

Mme MONGIN

Mme VIVIES

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Brocéliande Atlantique

M. COUTURIER, Directeur général du CHBA et des établissements en direction commune

Dr DEMOULIN, Président de la CME du CHBA et du collège médical du GHBA

Mme JOUVET - Directrice générale adjointe du CHBA et des établissements en direction commune

M. MARÉCHAL – Directeur des Achats du GHBA - Direction communautaire des Equipements, des Fonctions Logistiques et Hôtelières

Mme PABOEUF – Directrice de la logistique et des travaux – EPSM Morbihan

Dr BALSAC – Responsable du DIM de territoire

Mme DESLAIS - Chef de projet Territoriale / Direction des Systèmes d'Information Territoriale

Mme ALANIC - Responsable des Systèmes d'Information, Direction des Systèmes d'Information Territoriale

M. LE TUTOUR, représentant des usagers du CHBA

M. LE GAL, représentant des usagers de l'EPSM Morbihan

Dr PEPION, Responsable du pôle chirurgie du CHBA

Dr LE MEVEL, Chef du pôle chirurgie-maternité – CH Ploërmel

Mme GAUTIER, Directrice des opérations - CHBA

Dr QUÉDILLAC, Cardiologue – CHBA, membre du COPIL « projet ICC »

Dr LE RAY, Chef du pôle vasculaire et chef du service cardiologie – CHBA

GHT de Cornouaille

Jean-Pierre HEURTEL, Directeur / Sandra MILIN, Secrétaire générale – CH de Cornouaille

Sébastien LE CORRE, Directeur – CH de Douarnenez

Yann DUBOIS, Directeur – EPSM Gourmelen

Matthias MAURICE, Directeur – Hôtel Dieu de Pont l'Abbé

Laurent LECLERE, Directeur – Pôle de Réadaptation de Cornouaille

Sandra MILIN, Secrétaire générale – CH de Cornouaille

Dr Pascal HUTIN, Président CME / Cécile PARTANT, Vice-Présidente CME – CH de Cornouaille

Ronan LARGEAU, Président CME (à partir de 17h) – CH de Douarnenez

Dr Nicolas CHEVER, Président CME – EPSM Gourmelen

Dr Rolland DUPEYRON, Président CME – Hôtel Dieu de Pont l'Abbé
Dr Claire DELBROUCK, Présidente CME excusée, représentée par Dr Annie PRENVEILLE, Vice-Présidente
Laurence GRELET, DS – CH de Cornouaille
Olivier LAPIQUE, DS – CH de Douarnenez
Roland LE GOFF, DS – EPSM Gourmelen
Dominique RAMIREZ, DS / Florence MORVAN, cadre de santé HAD de Cornouaille – Hôtel Dieu de Pont l'Abbé
Nathalie LOCHET, DS – Pôle de Réadaptation de Cornouaille
Laurence GRELET, DS – CH de Cornouaille
Dr Gilles ROUAULT, chef de service Cardiologie, excusé – CH de Cornouaille
Dr Marc COUSTANS, Chef du Pôle Oncologie et Spécialités Médicales – CH de Cornouaille
Ronan LARGEAU, Président de la CME – CH de Douarnenez
Olivier LAPIQUE, DS – CH de Douarnenez
Sylvia THOMAS, Directrice des achats de l'UHC
Arnaud SANDRET, DRH – CH de Cornouaille
Pierre DOUZILLE, DRH – EPSM Gourmelen
Vincent GUERET, DRH – CH de Douarnenez
Joël LANDURE, Directeur SIT
Cécile PARTANT, Président COPIL SIT
Sébastien LE CORRE, Co-président COPIL SIT

Région Centre Val de Loire

Agence Régionale de Santé

Laurent HABERT, Directeur général
Et collaborateurs.

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Orléans :

O. BOYER, Directeur général CHR
Dr F. LAGARDE, Président collège médical du GHT
M. BOISSON, Directeur EPSM G. Daumezon
M. GEST, Directeur di SI du GHT
G. VARIN, Directeur GHT et coopération
J. VILCOT-CREPY, Directrice des usagers, de la qualité et de la communication
I. BRIVET, Directrice des achats du GHT

GHT Blois :

Olivier SERVAIRE-LORENZET, Directeur du CH de Blois
Philippe CUTTE,
Marc BORDIER,
Dr Fabienne CLOITRE, Présidente de la CME du CH de Romorantin,
Et autres acteurs du GHT

Région Grand Est

Agence Régionale de Santé

Christophe LANNELONGUE, directeur général de l'ARS Grand Est
Mme VIDALENC M., Directrice Générale Déléguée pour l'Ouest (08,10, 51, 52, 54 et 55)
Mme CAYRE V., DGD pour l'Est (57, 67, 68 et 88)
A. MULLER, DOS
G. MAUFFRE, Directeur adjoint, DOS
Mme JAC, chargée de mission DOS en charge des GHT

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Cœur Grand est

M. GOEMINNE directeur CH Verdun
M. DUPAIN secrétaire général du GHT

GHT Vosges

M. SANZALONE, Directeur CH E. Durkheim, Epinal
M. HUDRY, DAM
M. GASSER, Directeur CHI de l'Ouest Vosgien
Mme le Dr DOUART, PCME
M. TSUJI, Directeur CH St Dié
M. DEMANGE, PCME

Région Hauts de France

Agence Régionale de Santé

Etienne CHAMPION, Directeur général
Arnaud CORVAISIER, Directeur général adjoint
Dr Cécile GUITARD, Christine VAN KEMMELBEKE, Magali LONGUEPEE, Benoît NORMAND, Raoul DERISBOURG, Constance FAVEREAU

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Somme Littoral sud :

Danielle PORTAL, Directrice générale
G. STARCK, DGA
M. TASSERY/S. FLOREK/P. BERQUIN/S. LEBRETON/M. KFOURY/E. ZECHSER/F. BLOCH / M. ROUCOUT / A. TILLAUX / J. KOCH/S. CASTELAIN / O. LEROY/A. LANGELLIER //D. MONTPELLIER

GHT Côte d'Opale

Yves MARLIER, Directeur du CH de Boulogne,
Bruno DELATTRE, Directeur de l'Institut départemental Albert Calmette,

Arnaud WAROT, Direction des Affaires Financières, du Contrôle de Gestion (D.A.F.) et de la Clientèle du CHB

Sylvie DELPLANQUE, Directrice du système d'information du GHT,

Véronique AGNES, Directrice IFSI,

Dr Jérôme SICOT, DIM du GHT,

Stéphane DEQWORT, Directeur des Achats du GHT,

Véronique SAINT_MARTIN assistante de direction du CHB,

Caroline HENNION, Directrice du CH de Calais,

Dr Rémy DUMONT, Président du Collège médical GHT(CHC).

Région Ile de France

Agence Régionale de Santé

Aurélien ROUSSEAU, DGARS

B. SEVADJIAN, Direction de l'Offre de soins, directrice par intérim du pôle ville / hôpital

Elodie SENAUX Direction de l'Offre de soins, département coopérations

Marc BEFFA, Direction de l'Offre de soins, département coopérations

Anatole DUFOUR, Chargé de mission GHT - département Coopérations- Pôle Ville-Hôpital

Pr Eric LEPAGE, Directeur du Pôle Information et Données en Santé

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT 78 sud :

Pascal BELLON, Directeur du CH de Versailles,

Elizabeth CALMON, Directrice du CH de Rambouillet,

Françoise GUILLAUD, Directrice du CH du Vésinet,

Sonia GIBON, Directrice des achats du GHT

Stéphane HARNISCH, Directeur du système d'information du GHT 78 sud

Dr Brigitte HOMSY, Médecin du DIM

Dr Benoît VIGNES, chef du service d'urologie

Dr Lydie SŒUR, Chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologie du CH de Rambouillet

Dr Anne BORNAND, Gériatre

Dr Delphine ROMAIN, chef du pôle de gériatrie du CH de Versailles

Pr Fernando PICO, Chef du service de neurologie du CH de Versailles

Dr Sylvie NATHANSON, Chef du service de pédiatrie du CH de Versailles

Pr Philippe ROUSSELOT, Chef du service d'hématologie-oncologie du CH de Versailles

GHT 77 :

Jean-Christophe PHELEP, Directeur du Grand Hôpital de l'Est francilien (GHEF)

Dr Yannick COSTA, Président de la CME,

Dr AMERI, Chef de pôle filière AVC

Anne-Laure DARDENNE, Directrice des finances – DIM

Nicolas PRUVOT, Coordonnateur général des soins, Président du CSIMRT

Emmanuelle LUISSINT, Directeur des Ressources Humaines

Région Normandie

Agence Régionale de Santé

Kevin LULLIEN, Directeur de l'offre de soins

Cécile CHEVALLIER, adjointe DOS

Et collaborateurs

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Normandie Centre

Frédéric VARNIER, Directeur Général du CHU de Caen Normandie

Frederick MARI, Directeur Général Adjoint du CHU de Caen Normandie

Alexandre DREZET, Directeur de la stratégie et de la communication

Pr Xavier TROUSSARD, Président de la CME du CHU de Caen Normandie

Pr Jean Louis GERARD, Président de la commission médicale de groupement du GHT Normandie Centre

Yann TANGUY, Directeur des ressources médicales

Thomas JOUSSE, Directeur des systèmes d'information

Pierre NASSIF, Directeur des ressources matérielles

Nicolas BOUGAUT, Directeur de la direction commune des CH de Lisieux, de Pont l'Evêque, Vimoutiers et Orbec

Patrice JEZEQUEL, Directeur adjoint aux affaires financières de la direction commune des CH de Lisieux, de Pont l'Evêque, Vimoutiers et Orbec

Dr Isabelle LANDRU, Président de la CME du CH de Lisieux

GHT Eure-Seine Pays d'Ouche :

Laurent CHARBOIS, Directeur

Christine ALEXANDRE-MARC, Directrice des affaires médicales

Docteur Abderrezak BOUASRIA, Président de la CME

Madame Sylvie LAVOISEY

Madame Nelly FAUVEL

Madame Claudie GATHION

Monsieur Patrick WATERLOT

Docteur Sylvie BOSQUET-ALMA

Docteur Brigitte SALLE

Madame Catherine DRUET

Madame Chrystel CLEMENT

Madame Laurence LADENT-PETIT

Docteur Séverine BERGON

Madame Claudie GATHION

Monsieur Patrice LARGE

Monsieur Cédric HATEM

Monsieur Johan SCHNEIDER

Monsieur Gilles SCHMIDT

Madame Laurence STECLEBOUT

Monsieur Frédéric FORCHER

Région Nouvelle-Aquitaine

ARS Nouvelle-Aquitaine

Samuel PRATMARTY, Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)
France BERETERBIDE, Directrice adjointe de la DOSA
Annabelle FERRE-JANICOT, Responsable du pôle performance et investissements (visio)
Marie BESSON, Responsable Département soins et plateaux techniques hospitaliers (DOSA)
Bénédicte ABBAL, Directrice adjointe DFIN
Sylvie VANHILLE, Directrice adjointe DD86

Groupelements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT de Charente

Hervé LEON, Directeur du CH d'Angoulême et président du Comité stratégique,
Dr Rémy LOYANT, PCME CH Angoulême
Martine MIKOLAJCZAK, Présidente de la CSIRMT de groupement
Charly MARGERIN, Secrétaire général du GHTC
Roger ARNAUD, Directeur du CH spécialisé Camille Claudel
Stéphane JACOB, Directeur du CH Cognac-Châteauneuf
Christine MANEZ, Directrice du CH Sud Charente
Mme ROUCHIER (Représentante du Comité des usagers)
Dr André GUEYRAUD, Praticien MPR du CH Sud Charente
Alexis CHERUBIN, Directeur du SIH du GHTC
Céline COSTERES-VOYER, Directrice des RH du CH Angoulême
Anne-Claire GAUTRON, Directrice des affaires médicales
Dr Moustapha DIEYE, Médecin responsable du DIM territorial

GHT de la Vienne

Jean-Pierre DEWITTE, Directeur général CHU de Poitiers
Isabelle DICHAMP, Directrice des coopérations
Dr Ewa HAINAUT, Vice-présidente de la CME
Céline BIGEAU, membre du comité stratégique et directrice d'EHPAD
Dr Laurence BOINOT, DIM du territoire
Céline BICHE, Directrice de la direction Qualité-Pertinence-Patients
Dr Sylvie PERRON, Présidente de la CME du CH Laborit
Dr Saïd EL BADRI, Président CME CHNV
Dr Henri DELELIS-FANIEN, Directeur médical SAMU/SMUR 86
Dr Jean-Yves LARDEUR, Chef de Service adjoint des Urgences Adultes et du SAMU
Julien BILHAUT, Directeur des achats
Jean Jacques SALLABERY, Directeur adjoint de la DSI
M. MESDON, Chef de projet DSI

Région Occitanie

Agence Régionale de Santé

Pierre RICORDEAU, Directeur général
Mohammed ELAROUTI, adjoint au responsable unité offre de soins
Emilie GUEGUINOU, cadre référent des GHT-PDS
Xavier FAURE, DH responsable des établissements régionaux CHU
Franck NIVAUD, chargé de mission programme PHARE
Jérôme FALERNE, responsable pôle système d'information en santé
Mme NEUFMARS suivi enveloppes financières

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Cœur d'Occitanie

M. FOURSANS, Directeur CH Albi et CH Gaillac
M. LE DR CARIVEN, Président CME CH Albi
M. PERIDONT, Directeur CHIC Castres Mazamet et CH Revel
M. LE SCIOLLA, Président CME CHIC Castres Mazamet
M. BOUDET, Directeur CH St Pons
MME LE DR MOTTA, Médecin Gériatre, Représentant le Président CME CH St Pons
MME LE DR ROUZAUD, Médecin DIM CH Albi
M. le Dr STEINBACH, Médecin DIM CHIC Castres Mazamet
M. LAFON, Directeur Adjoint chargé des Affaires Générales, Coordonnateur Direction commune CH Albi-Gaillac-Graulhet et GHT
Mme McAREE, Directrice des Soins, CH Albi
Mme MONTES, Directrice des Soins, CHIC Castres Mazamet
Mme le Dr CUFI, Médecin Chef de Pôle Médecine, CHIC Castres-Mazamet
Mme ISSALIS, CSS Responsable Département Qualité Hygiène Gestion des Risques
Mme BONNAURE, Directrice Adjointe chargée de l'Achat, de la Logistique, des Infrastructures et du Biomédical, CHIC Castres Mazamet
Mme JOLIVET, Directrice Adjointe chargée des Finances, CHIC Castres Mazamet

GHT Cévennes Gard Camargue

N. BEST, Directeur Général du CHU de Nîmes, établissement support du GHT
Pr de LA COUSSAYE, Président de CME du CHU de Nîmes et Président du collège médical du GHT
J. VERGNET-DELALONDE, Directrice adjointe en charge du GHT au CHU de Nîmes
C. CHAUSSENDE, Directeur des achats du GHT au CHU de Nîmes
B. VANUXEM, Directrice adjointe au CHU de Nîmes en charge du comité des usagers du GHT
Dr BOUDEMAGHE, DIM de territoire
I. ARNAL-CAPDEVIELLE, Directrice de la filière gériatrique au CHU de Nîmes
M. CHARDEAU, Directrice de la performance et du parcours patient au CHU de Nîmes
M. CZESCHAN, Directeur technique du SIH au CHU de Nîmes
R. CENCIC, Directeur du CH Alès-Cévennes et Directeur par intérim du CH de Pontails et du CHS Mas Careiron
JL. MONTAGNE, Directeur du CH d'Uzès
Dr VERNIER, Présidente de CME du CHS Mas Careiron
Dr GUEDJ, Chef de pôle ICAGNE du CHU de Nîmes

Dr RICCI, service de cardiologie du CHU de Nîmes
Dr KINOWSKI, Chef de pôle pharmacie / santé publique du CHU de Nîmes
Pr LAVIGNE, Chef de service laboratoire de microbiologie du CHU de Nîmes
Mme HELLY-DORDET, directrice des soins au CH de Pont-Saint-Esprit, représentante de la CSIRMT de groupement
Mme PERRAT, AAH à la direction de la politique sociale médicale au CHU de Nîmes
Dr LE MOINE DONY, service de chirurgie digestive du CHU de Nîmes
Dr ABBAR, chef de pôle psychiatrie du CHU de Nîmes
Dr BASTIDE, porteur du projet médical du CH d'Alès-Cévennes, Vice-président du collège médical du GHT
Dr GRES, praticien hospitalier au service de chirurgie du CH Alès-Cévennes
Dr MERMILLON, médecin au CH d'Uzès
Dr BENGLER, vice-président de CME au CHU de Nîmes
Mme HERAIL, Cadre de santé au CH d'Uzès
Mme BISTUE, Directrice adjointe au CH d'Uzès en charge de la Qualité
M. GRISTI, ACH à la direction du GHT au CHU de Nîmes

Région Pays de la Loire

Agence Régionale de Santé

Pascal Duperray, Directeur de l'offre de soins
M. Gagner, DOS
Mme Pichard, DOS
M. Carchon, DOS
Mme Monier, DT Maine et Loire

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT du Maine et Loire

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ, DG CHU d'Angers
Pr LEGRAND, président du Collège médical, Président de CME, CHU d'Angers
Dr Mehdi KAASSIS, président de la CME du CH de Cholet
Dr Aldéric LECLUSE, neurologue, CHU d'Angers
Pascale MOREAU, CSS, CH de la Corniche angevine
Sylvie DIETERLEN, directrice, CH de de la Corniche angevine
Lionel PAILHE, Joël DOUMEAU, direction des achats du GHT 49
Christophe MENUET, directeur des services numérique, CHU d'Angers
Annie CAPELLI, responsable des services numériques, CHU d'Angers
Elsa LIVONNET, directrice des affaires médicales, CHU d'Angers
Jean-Paul QUILLET, directeur du CH de Saumur
Louis COURCOL, directeur des affaires médicales, CH de Saumur
Véronique MARCO, directrice de la qualité et de la gestion des risques
Christophe BRUAND, directeur de l'Etablissement de santé Beaugois-Vallée
G. GROUSSARD, président du comité territorial des élus
Sylvie SOLORZANO, directrice chargée de la coordination des instituts de formation

Marine PLANTEVIN, directrice du CESAME
Elsa LIVONNET, directrice des affaires médicales, CHU d'Angers
Laurence LAIGNEL, CGS CHU d'Angers, présidente de la CSIRMT du GHT 49
Pr Sigismond LASOCKI, chef de pôle ASUR, CHU d'Angers
Dr Mirela GOYET, chef de pôle de médecine, CH de Cholet
Pr Christophe AUBE, chef de pôle SIS CHU d'Angers
Sylvie DIETERLEN, directrice du CH de la Corniche angevine
Christophe MENUET, directeur des ressources financières, CHU d'Angers
Pierre BOURDEAU, Responsable contrôle financier, CHU d'Angers

GHT de la Sarthe

Olivier BOSSARD, Directeur du CH du Mans, établissement support
Dr Dominique FRADIN, Président de la CME du CH du mans et président du collège médical du GHT
Yves PRAUD, Directeur de l'EPSM de la Sarthe
Catherine ROBIC, Directrice CH la Ferté-Bernard et pôle santé Sarthe-Loir
Elsa DOMERGUE Directrice adjoint en charge du GHT
Dr Frédérique SCOLASTIQUE, Co-pilote de la filière gériatrie
Dr Céline COROLLER-BEC, Chef du pôle urgences médecine
Dr BOUSOT, Chef du pôle imagerie, membre du directoire
Dr Emmanuelle DERNIS, Chef du pôle des médecines spécialisées, membre du directoire
Françoise REY, Coordinatrice générale des soins
Monique ROBIN, Directrice des soins, pôle santé Sarthe-Loir
Mme LEPETIT-FERTE, M VILLEPREUX, M ROUILLON, représentants des usagers
Angèle DALI-YOUCCEF, Directrice adjointe chargée de la qualité et la gestion des risques
Conrad BREUER, Directeur adjoint pilote de la fonction finances et Alice Veyrié, adjointe
Stéphane LEMARDELEY, Directeur adjoint en charge du système d'information
Léonard DUPE, Directeur adjoint pilote de la fonction achats et Floriane Kunder, adjointe
Delphine LAUNAY, Directrice ajointe, pilote de la fonction RH
Véronique JEAN, Directrice adjointe en charge des RH médicales

Région Provence Alpes Côte d'azur

Agence Régionale de Santé

Ph. DE MESTER, Directeur général
Dr Vincent UNAL, DOS
Urielle DESALBRES, DOS
Céline BARRAUD
Laurent PEILLARD
Julia BADUEL
Aleth GERMAIN
Laurent SIMON

Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

GHT Var

Michel PERROT, Directeur établissement support
Dr BOURCET, Président de la CME
M. GENETELLI, Directeur des soins de Territoire
Dr DUCROS,
Dr VERLOMME
M. ARNAUD DES LIONS
M.FRETAS
Dr MINGUET
Dr DEMORY
Dr VIGNOLES
Médecin chef AUROY, HIA
M.LAMOUREUX
M.FLOUREZ
M.BARGIER
Dr MICHEL

GHT 06 :

M. Charles GUEPRATTE Directeur CHUN, Directeur CH de Tende et Directeur de l'établissement support du GHT06
M. Thierry ARRII Directeur Adjoint CHUN
M. Walid BEN BRAHIM Directeur CH Grasse
Dr Elisabeth BENATTAR PCME CH Menton
M. Julien CESTRE Directeur CH Menton
Mme Caroline CHASSIN Secrétaire générale chargée des coopérations CHU Nice
Mme Catherine FERNANDEZ Présidente de la Commission Paramédicale de Territoire
Mme Nathalie JAFFRES Directeur par intérim du groupe hospitalier Sophia Antipolis-Vallée du Var
M. Thierry LOIRAC Directeur CH Breil/Roya et CH Sospel
Dr Fabrice LOUIS PCME CH Grasse et Vice-président du Collège Médical
Dr Bruno PEBEYRE PCME CH Cannes
Mme Corinne REY Ingénieur Cellule d'animation du GHT06
M. Yves SERVANT Directeur CH Cannes
Dr Brice THOURET PCME CH Sospel
Dr Fabrice TIGER PCME CH Antibes
M. Philippe MADDALENA Directeur CHI La Vésubie
M. Hubert NAASZ Directeur CH Saint Etienne de Tinée
M. Yves SERVANT Directeur CH Cannes
M. Thierry DENIS Ingénieur Achats GHT06
M. Georges HUCHARD Directeur SI GHT06
M. Kevin ROSSIGNOL Directeur PRM CHUN, anciennement Directeur chargé des coopérations territoriales
Pr Pascal STACCINI Responsable du DIM GHT06
Mme Pauline ROBINEAU Directeur AM CHUN
Mme Monique MAZARD Directeur Qualité CHUN
Mme Odile CAPITANI-DOLLO Directeur RH CH Menton
M. Kévin DOUMAIL Directeur AF CHUN

Fédérations d'établissements de santé

FHF :

Zaynab RIET, Déléguée générale

FEHAP :

Antoine PERRIN, Directeur général

Michel CALMON, Délégué HAD

FHP :

Christine SCHIBLER, Déléguée générale

Marie-Claire VIEZ

Bertrand SOMMIER

Béatrice NOELLEC

Conférences

Conférences des directeurs généraux, présidents de CME et doyens de CHRU :

Véronique ANATOLE-TOUZET, vice-présidente conférence DG,

Pr François-René PRUVOT, président conférence des PCME,

Pr Jean SIBILIA, président de la conférence des doyens.

Conférence des directeurs de CH :

Francis SAINT-HUBERT, président

Conférence des présidents de CME de CH :

Dr Thierry GODEAU, président,

Dr Jean-Marie WOEHLE, vice-président,

Dr David PINEY, secrétaire général

Conférence des présidents de CME de CHS en santé mentale :

Dr Christian MULLER, président

Syndicats

Syndicats de médecins hospitaliers

Dr Jacques TREVIDIC, président CPH,

Dr Renaud PEQUIGNOT, Président Avenir hospitalier,

Dr MSELLATI CRH, représentant le président,

Dr JAKOB et Dr TRIANTAFYLLOU, vice-présidents INPH

Syndicats de personnels non médicaux :

Louis Mirallès, syndicat UNSA

(Aucune des 4 autres organisations représentées au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière n'a participé à la réunion)

Syndicats de cadres hospitaliers :

Christophe MISSE, CH-FO
Philippe GUINARD, CH-FO
Fabrice LEBURGUE, Syncass-CFDT
Anne MEUNIER, Secrétaire générale Syncass-CFDT
Mélissa RAMOS, Déléguée nationale SMPS
Jérôme GOEMINNE, SMPS

Associations

Vincent PREVOTEAU, président ADH
Thierry BIAIS, vice-président ADESM
Eric FREGONA, directeur-adjoint AD-PA

Personnalités qualifiées

Anne BOUYGARD, ancienne directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire
Francis FELLINGER, conseiller général des établissements de santé
Cécile COURREGES, ancienne DGOS
Bernard NUYTTEEN, Inspecteur général des affaires sociales
François FARHI Président CMI

SIGLES UTILISES

AAC	Appel à Candidature
AAP	Appel à Projet
ACP	Anatomo-cyto-pathologie
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAF	Capacité d'autofinancement
CASF	Code de l'action sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDU	Comité des usagers
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CH	Centre Hospitalier
CHIC	Centre Hospitalier Inter Communal
CHNO	Centre hospitalier national d'ophtalmologie des quinze-vingts
CHR	Centre hospitalier régional
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIV	Commission d'identito-vigilance
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLS	Contrats Locaux de Santé
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CM	Collège médical
CMG	Commission médicale de groupement ou collège médical de groupement
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNG	Centre National de Gestion
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COFRAC	Comité français d'accréditation
COPERMO	Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'offre de soins
COPIL	Comité de Pilotage
COSTRAT	Comité Stratégique (instance des groupements hospitaliers de territoire)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRE	Contrat de Retour à l'Équilibre
CREF	Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CSE	Comité social d'établissement
CSI RMT	Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CTDS	Conférence territoriale de dialogue social
CTEL	Comité territorial des élus locaux
DAM	Direction des affaires médicales
DD	Délégation Départementale
DGA	Directeur (trice) Général(e) Adjoint
DGAFP	Direction générale de la Fonction Publique
DGARS	Directeur(trice) Général(e)d'Agence Régionale de Santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DH	Directeur (trice) d'Hôpital
DH	Directeur d'hôpital
DIMT	Département d'Information Médicale de territoire
DMP	Dossier Médical Personnel
DPC	développement professionnel continu
DPI	Dossier patient unique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dossier de Régulation Médicale
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EHLA	Equipe hospitalière de liaison en addictologie
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
EML	Équipement Matériel Lourd
EMST	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	Etablissement public de Santé
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPSN	Etablissement public de santé national de Fresnes
EPST	Etablissement public de santé territorial (proposition de la mission)

ERRD	Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GPEC	Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HDJ/HJ	Hôpital De Jour
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HOP'EN	Hôpital numérique ouvert sur son environnement
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MCS	Médecin Correspondant SAMU
MERRI	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation (CHU)
MG	Médecin Généraliste
MIG	Mission d'Intérêt Général
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MS	Médico-Social
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PAAT	Plan d'action achat territorial

PCME	Président de commission médicale d'établissement
PCMG	Président de commission médicale de groupement ou de collège médical de groupement
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PDSes	Permanence des Soins en Etablissements de Santé
PDSH	Permanence Des Soins Hospitaliers
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PHARe	Performance hospitalière pour des achats responsables
PIE	Pôle inter-établissements
PMP	Projet Médical Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMSP	Projet médico soignant partagé
PMT	Projet Médical de Territoire
PPI	Programme pluriannuel d'investissement
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
PRS	Programme Régional de Santé
PSP	Projet de soins partagé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTS	Programme Territorial de Santé
ResAH	Réseau des acheteurs hospitaliers
RH	Ressources humaines
RSI	Retour sur investissement
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAMU	Services d'Aide Médicale Urgente
SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Information
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SGMAS	Secrétariat Général des Ministères Sociaux
SI H	Système d'information hospitalier
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNS	Stratégie Nationale de santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSAD	Service de Soins A Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STSS	Stratégie de Transformation de notre Système de Santé
T2A	Tarification à l'Activité
TPE	Très petites entreprises
UGAP	Union des groupements d'achats publics

UniHa	Union des hôpitaux pour les achats
UNV	Unité neuro-vasculaire
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union régionale des Professionnels de Santé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USMP	Unité sanitaire en milieu Pénitentiaire