

## Orientations de principe proposées par la FHF et les Conférences pour la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire

**Les acteurs de l'hospitalisation publique estiment que la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire doit associer étroitement les acteurs de terrain à la conception et à l'accompagnement de la réforme.**

**Dans cet esprit, la FHF et les conférences de directeurs et de présidents de CME attendent de la part des pouvoirs publics un signe de confiance, se traduisant par une simplification nécessaire du décret. Celui-ci doit être revu en révisant les sections 2 et 3 ; les éléments de cadrage calendaire, notamment sur les systèmes d'information, doivent comporter des objectifs réalistes; le rôle des CHU doit être rappelé s'agissant de leurs missions transversales reconnues par la loi et précisé s'agissant des modalités pratiques au sein des GHT ; les établissements parties au GHT et leurs équipes médicales et soignantes, notamment psychiatriques et médico-sociaux, doivent pouvoir être pilotes des filières pour lesquelles ils ont une expertise particulière avec la structuration de volets psychiatriques et médico-sociaux ambitieux dans les projets des GHT.**

**Cette confiance se reflètera également dans le suivi de la réforme : les acteurs publics attendent la constitution d'un comité de suivi permettant de piloter ensemble la mise en œuvre de la réforme.**

**Enfin, un dispositif opérationnel sera nécessaire pour accompagner la transformation majeure que les établissements publics sont amenés à connaître.**

Le déploiement des groupements hospitaliers de territoire constitue une opportunité de mise en œuvre de la « stratégie de groupe » que la FHF appelle depuis longtemps de ses vœux. Cette réforme ne doit pas être pensée comme une démarche de contrainte juridique traduite dans des obligations trop détaillées. Sa mise en œuvre doit s'inscrire dans une logique de confiance envers les acteurs de terrain.

Les professionnels hospitaliers seront, en effet, les principaux moteurs et responsables de la recomposition de l'offre hospitalière publique. La réforme ne réussira que grâce à une appropriation progressive du dispositif par les hospitaliers.

Le succès de la réforme passe donc par un ajustement du texte du décret soumis actuellement à concertation afin de permettre une souplesse rendue nécessaire par la diversité des situations rencontrées sur le terrain, et donnant aux professionnels la marge de manœuvre indispensable sans laquelle les coopérations ne seront pas effectives.

En outre, la mise en œuvre des GHT devra faire l'objet d'un dispositif d'accompagnement très soutenu.

### **I. Sécuriser les conditions préalables à la création des groupements hospitaliers de territoire**

Il est nécessaire de fixer dans les meilleurs délais les **périmètres des GHT**. Les propositions connues, à ce stade, s'inscrivent principalement dans deux grands types de configurations :

- des GHT « métropolitains », qui peuvent être de grande taille, généralement articulées autour d'un CHU support ;
- des GHT « territoriaux », de taille plus réduite, auxquels le CHU pourra être associé par

convention.

Cette diversité est à la fois la traduction des réalités de terrain régionales, et une garantie d'adaptation à ces réalités. Néanmoins, dès que la réglementation sera stabilisée, les établissements doivent pouvoir décider d'un positionnement différent s'ils parviennent à s'accorder sur un projet médical cohérent et sur une organisation réaliste. Il convient en effet de limiter le risque de découpages politiques ou administratifs qui seraient contraires aux parcours patients et aux orientations prioritaires de projets médicaux partagés devant être élaborés en concertation étroite avec les CME.

Le travail de préfiguration du périmètre des GHT est un préalable indispensable à la construction des projets médicaux partagés, qui sont le cœur de la stratégie de groupes publics. La cohérence de leur découpage articulé autour de l'adhésion de tous les acteurs est donc un enjeu majeur.

Concernant la psychiatrie et la santé mentale, l'article 69 prévoit une territorialité propre à l'organisation de la psychiatrie : il est nécessaire que cette carte des territoires de psychiatrie et de santé mentale soit prise en compte dans les projets de GHT.

## **II. Construire un cadre normatif suffisamment souple pour que les acteurs puissent se l'approprier en fonction des contextes territoriaux**

L'élaboration du **projet médical partagé** est la pierre angulaire des GHT en construction, non pas en tant que préalable mais en tant que démarche initiatrice du nouveau dispositif. Dans les versions initiales qui pourraient être préparées d'ici au 1<sup>er</sup> juillet, les projets médicaux partagés pourront se centrer sur les filières prioritaires à traiter en commun. Dans leur version définitive, ils ont vocation à permettre une organisation précise de toutes les filières et activités. Si cette approche progressive n'était pas retenue et si la demande d'assouplissement du projet de texte n'était pas retenue, la question de l'échéance du 1er juillet posée par la loi serait clairement posée.

Sur la base des périmètres préfigurés (qui devront tenir compte de quelques exceptions locales liées aux territoires frontières, à négocier au cas le cas avec les ARS), il convient de mettre en place rapidement les éléments de cadrage d'une offre territoriale partagée, comportant des équipes médicales qui veulent travailler ensemble pour construire les filières de prise en charge.

**La constitution d'équipes territoriales** apparaît à cet égard comme un point clé du futur dispositif des GHT : l'écueil à éviter est de créer des pools de médecins chargés de fonctions nomades. Le PMP ne peut simplement viser à s'échanger des praticiens ou des assistants. Il est animé par des équipes médicales qui veulent travailler ensemble pour construire les filières de prise en charge prédéfinies. La FHF et les conférences sont prêtes à proposer un dispositif qui pourra servir de support à la rédaction d'un document de cadrage, dont la forme juridique pourrait être la circulaire ou l'instruction.

La version du décret soumise à concertation comporte en revanche des dispositions très précises et détaillées concernant le **mode de gouvernance** des groupements hospitaliers de territoire, ne permettant pas à chaque groupement de choisir sa gouvernance en fonction de son projet médical, de l'état d'avancement des coopérations entre les établissements, et des caractéristiques géographiques. La section 2 doit uniquement se limiter à la définition des modalités de pilotage du GHT. Le principe d'un pilotage médico-administratif, qui a fait ses preuves dans le fonctionnement des établissements, doit pouvoir se décliner dans les GHT pour garantir une gouvernance opérationnelle. La section 3 du projet de décret est quant à elle à redéfinir. La mise en place des instances et leur composition peuvent être renvoyées au règlement intérieur ou à la convention constitutive. Des trames de convention constitutive et de règlement intérieur pourront être proposés, dans un esprit d'adaptation aux réalités locales, en capitalisant sur les bonnes pratiques et les coopérations émergeant d'ores et déjà du terrain.

Le modèle promu par le décret pour la **convergence des systèmes d'information** impose d'avoir dans chaque groupement une application identique pour chaque domaine métier. Conformément à notre volonté de souplesse et d'adaptabilité, il semble plus opportun de prévoir que les modalités de convergence des systèmes d'information sont définies dans un schéma directeur propre à chaque

groupement, dans le respect des objectifs fixés par la loi et du calendrier prévu par le projet de décret.

**L'importance des missions et des responsabilités qui sont confiées aux CHU**, notamment en matière de recherche et d'innovation, de formation, de référence et de recours est reconnue par la loi. Ces missions transversales dévolues aux CHU s'appliquent de manière globale. Ces missions se retrouvent à la fois lorsqu'ils ont le rôle d'établissement support du GHT de leur territoire d'implantation, mais aussi lorsqu'ils s'articulent avec l'ensemble des GHT de leur ressort régional, auxquels ils doivent être associés. La mise en œuvre de la réforme devra donc préciser le rôle des CHU dans le dispositif, notamment pour les GHT auxquels ils seront associés. Un travail spécifique devra être engagé sur la prise en compte, dans le modèle de financement, de cet engagement dans les territoires notamment s'agissant de la question de l'attractivité médicale.

Enfin, le projet de décret prévoit une **concentration** obligatoire sur l'établissement support des compétences assurées au nom du groupement, ce point nécessitant un assouplissement selon les réalités du terrain. L'approche des GHT par les filières doit conduire à prévoir, dans le respect de la loi, la possibilité pour les équipes médicales et soignantes des établissements parties au GHT d'être pilotes de la filière du projet médical partagé correspondant à leur spécialisation. Ces modalités s'appliquent tout particulièrement aux équipes spécialisées en psychiatrie ainsi que dans le domaine médico-social.

**Cette même logique de souplesse et de confiance faite aux acteurs doit aussi concerner les établissements spécialisés en psychiatrie** qui font l'objet de l'article 69 consacré à l'organisation de la santé mentale et en particulier pour la prise en charge des soins sans consentement. Leur rôle dans le dispositif doit être précisé notamment pour les GHT auxquels ils seront associés. L'approche des GHT pour la discipline psychiatrique doit conduire à prévoir, dans le respect de la loi, la possibilité pour les établissements psychiatriques d'être pilotes des actions du projet médical partagé correspondant à leur spécialisation, que soit mise en œuvre, le cas échéant, une forme de gouvernance adaptée et que soit identifié clairement le budget qui y est consacré.

Les établissements sociaux et médico-sociaux doivent pouvoir disposer de la même possibilité pour leur domaine de compétence, que ce soit sur le volet du handicap, des personnes âgées ou de l'insertion.

Les premiers retours du terrain montrent que les établissements psychiatriques s'orientent vers des choix pragmatiques, correspondant aux réalités locales, soit sous forme de GHT dédiés à la discipline, soit sous forme de GHT polyvalents, soit enfin dans le cadre de demande de dérogation. Cette dernière modalité, prévue par l'article 107, ne pourra concerner que les établissements spécialisés s'engageant de manière systématique tant à la mise en place de communautés psychiatriques de territoires que dans la mise en œuvre de conventions d'association avec le GHT le plus proche, et le cas échéant avec le CHU concerné. Cette volonté de partenariat et d'association destinée à assurer une véritable plus-value à la psychiatrie sectorisée se retrouvera également dans les préconisations qui seront notamment formulées dans les prochaines semaines sur la nécessaire articulation avec les communautés psychiatriques de territoire.

Ces ajustements favoriseront une appropriation de la réforme par les professionnels de terrain, qui ont besoin d'un cadre juridique souple et sécurisant. Un accompagnement spécifique des professionnels permettra également de réussir la mise en œuvre des GHT.

### **III. Accompagner la réforme par des actions volontaristes d'appui à la conduite du changement**

La réforme passera par un **dispositif de conduite du changement**, sans lequel les GHT resteront au mieux des coquilles vides, au pire des structures technocratiques ingérables s'éloignant de leur but premier : garantir aux citoyens l'accès à une offre publique de qualité sur l'ensemble du territoire. Une attention particulière est donc à apporter à la qualité de l'impulsion initiale qui doit s'appuyer sur le projet médical et l'envie des professionnels. Elle sera décisive pour assurer l'engagement des hospitaliers dans ce nouveau paradigme. C'est dans cette perspective que la FHF et les conférences

ont décidé la mise en œuvre d'un groupe de contact mensuel permettant d'assurer un suivi vigilant de cette réforme.

Le dispositif d'accompagnement – ambitieux mais nécessaire – que nous proposons pourrait s'articuler autour de trois outils :

- un **comité de suivi national** de la réforme. Ce comité, placé auprès de la Ministre, doit pouvoir intégrer la FHF et les conférences ainsi que les autres représentants de la communauté hospitalière ;
- cette instance d'impulsion et de suivi pourra s'appuyer sur une **mission nationale d'appui**, pilotée conjointement par le Ministère et les acteurs hospitaliers, chargée du suivi de l'état d'avancement des projets, en lien avec les ARS et les comités stratégiques des groupements ;
- un **financement national d'accompagnement exceptionnel** destiné à faciliter l'engagement des établissements dans la démarche en mettant en œuvre un dispositif d'accompagnement au plus près du terrain porté par la FHF et ses fédérations régionales. Ce financement pourra prendre la forme d'une délégation de crédits par le Ministère de la Santé, ainsi que par une mobilisation des fonds d'intervention régionaux (certaines ARS – en Ile de France ou dans l'Océan indien – ont d'ores et déjà mobilisé le levier du FIR pour accompagner la préfiguration des GHT).

La confiance entre les acteurs mettant parfois longtemps à se créer, et les dynamiques de coopérations étant souvent très fragiles, il est nécessaire de définir dans la convention constitutive des dispositifs d'évaluation et d'actualisation.

La mise en œuvre des GHT doit en outre prévoir un **volet relatif à la gestion des ressources humaines**. Un groupe de travail animé par la FHF se réunit, d'ores et déjà, pour identifier les impacts des GHT sur les personnels médicaux et non médicaux et définir les principes à respecter en termes de politique de ressources humaines dans le déploiement des GHT. L'objectif est de co-construire des préconisations pour réunir les conditions de réussite dans le respect du dialogue social et des collectifs de travail. Outre les outils d'accompagnement mobilisables par les établissements, des évolutions statutaires positives devront être proposées notamment pour les équipes médicales afin de rendre attractif l'exercice médical de territoire et les directeurs afin d'accompagner la forte évolution de leurs métiers. Une attention toute particulière sera apportée aux professionnels des activités mutualisées et aux conditions de travail de chaque professionnel de santé concerné par la mise en œuvre du projet médical partagé. Un chantier spécifique aura à être ouvert sur la question de la gestion de la démographie médicale dans le cadre de la stratégie de groupe afin de permettre de répondre au défi majeur de l'attractivité médicale pour les hôpitaux.

Le 14 mars 2016,

Daniel  
CASSE

Président de la  
CNDEPAH

Michel  
CLAUDON

Président de la  
Conférence des  
Pdts de CME de  
CHU

Jean-Pierre  
DEWITTE

Président de la  
Conférence des  
directeurs  
Généraux de  
CHU

Frédéric  
MARTINEAU

Président de la  
Conférence des  
Pdts de CME de  
CH

Christian  
MULLER

Président de la  
conférence des  
Pdts de CME de  
CHS

Zaynab  
RIET

Présidente de la  
CNDCH

Frédéric  
VALLEToux

Président  
de la FHF