

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DÉCIDEURS ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

SUPPLÉMENT DE LA LETTRE N° 91 - MAI 2015

Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ?

Bien fondé et nécessité des coopérations hospitalières : état des lieux à l'aube de la réforme du système de santé 2015

Clémence Zacharie

Étude d'impact, le cas du Groupement Hospitalier de Territoire

Raoul Tachon

Relation ville-hôpital : Relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire

**Dr. Dominique Dépinoy,
Anne Moyal, Alec Guiral**

La loi de santé décongestionnera-t-elle les urgences hospitalières ?

Olivier Wery

Le CPOM à visée territoriale, un levier pour la mise en œuvre du PRS

**Agnès Caradec-Useo,
Anne-Jil Dupouy, Adèle Nicolas**

Établissements isolés, établissements de proximité : quelles sont les difficultés ? quelles sont les perspectives ?

Roland Cash

Création des GHT : incidences sur la gestion financière

Louis Breuls de Tiecken

Les groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information

Michel Raux

Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers

Dominique Legouge

Du syndicalisme institutionnel au dialogue social en 3D : le pôle, l'établissement, le territoire

Jean-Yves Copin



SantéRH

LA LETTRE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

www.sante-rh.fr
www.infodium.fr

Retrouvez chaque mois l'actualité juridique et les méthodes clés pour gérer les ressources humaines de votre établissement de santé

Risques psychosociaux - absentéisme - GPEC - dialogue social - gouvernance - personnel médical - harcèlement - contractuels - statut - discipline - directeurs d'hôpitaux - formation - temps de travail

Santé RH, la revue essentielle pour suivre chaque mois l'actualité professionnelle de votre métier :

- Une **veille réglementaire** et jurisprudentielle sur toute la fonction publique hospitalière et les professions de santé, les personnels médicaux et non-médicaux.
- La réflexion et les meilleures pratiques professionnelles pour le **pilotage**, l'**organisation** et le **management** de votre établissement de santé.
- Une **source d'information unique** pour les responsables et directeurs des ressources humaines, les directeurs de soins et les directeurs d'établissements.

Votre abonnement inclut également un accès au site **www.sante-rh.fr**. Vous y retrouvez l'intégralité des articles parus depuis 2008 en y accédant par rubrique, articles liés, mots-clés, texte intégral, décision juridique ou auteur.

Pour tout renseignement ou plusieurs accès dans votre établissement : **09 81 07 95 76**. Découvrez aussi notre lettre consacrée aux finances hospitalières sur :

www.finances-hospitalieres.fr

et nos ouvrages sur :

www.infodium.fr



BULLETIN D'ABONNEMENT

SantéRH

A compléter et renvoyer à :

Santé RH - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris

TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

1 an, 11 numéros,

et l'accès au site

www.sante-rh.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **290 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- ☐ Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
☐ Je souhaite une facture justificative
☐ Mandat administratif/à réception de facture

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail (**Obligatoire**) :

Adresse de facturation si différent :

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1^{er} Janvier
2015 au 31 Décembre 2015.

ÉDITORIAL

Des enjeux multiples



Laurent Queinnec

Directeur
de la rédaction

Alors que paraît ce deuxième supplément annuel de *Finances Hospitalières*, les sénateurs ouvrent leurs travaux sur la Loi de santé, dont le nombre d'articles bourgeoine avec le printemps. Il est trop tôt pour commenter *in extenso* cette dernière, ce que nous ne manquerons pas de faire dans votre revue mensuelle.

Néanmoins, la création des Groupements Hospitaliers de Territoires suscite déjà des commentaires dans ce supplément justement consacré aux enjeux territoriaux des établissements de santé. Nouvelles pièces du puzzle, les GHT concernent en effet la plupart des fonctions hospitalières, qu'il s'agisse des ressources humaines, des systèmes d'information, des achats ou des finances.

L'organisation des soins est centrée sur l'hôpital, cette place dans le système de santé est aussi un enjeu territorial. L'offre de soins en amont et en aval est moins onéreuse mais plus rare, ce qui n'est peut-être pas étranger au poids des dépenses hospitalières par rapport au total des dépenses de santé. L'excellence hospitalière ne sera conservée qu'au prix d'une meilleure complémentarité entre l'hôpital et les autres acteurs de la santé, un chantier qui n'est près de se refermer.

SOMMAIRE

COOPÉRATIONS

- Bien fondé et nécessité des coopérations hospitalières : état des lieux à l'aube de la réforme du système de santé 2015
Clémence Zacharie page 4

COOPÉRATIONS

- Étude d'impact, le cas du Groupement Hospitalier de Territoire
Raoul Tachon page 9

PARCOURS

- Relation ville-hôpital : relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire
Dr. Dominique Dépinoy, Anne Moyal, Alec Guiral page 11

PARCOURS

- La loi de santé décongestionnera-t-elle les urgences hospitalières ?
Olivier Wery page 17

TERRITOIRES

- Le CPOM à visée territoriale, un levier pour la mise en œuvre du PRS
Agnès Caradec-Useo, Anne-Jil Dupouy, Adèle Nicolas page 20

TERRITOIRES

- Établissement isolé, établissements de proximité : quelles sont les difficultés ? quelles sont les perspectives ?
Roland Cash page 27

GESTION FINANCIÈRE

- Création des GHT : incidences sur la gestion financière
Louis Breuls de Tiecken page 33

SYSTÈMES D'INFORMATION

- Les groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information
Michel Raux page 36

ACHATS

- Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers
Dominique Legouge page 41

RESSOURCES HUMAINES

- Du syndicalisme institutionnel au dialogue social en 3D : le pôle, l'établissement, le territoire
Jean-Yves Copin page 45

Supplément au n° 91 - Mai 2015 de Finances Hospitalières, publication mensuelle éditée par Infodum, www.infodum.fr - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - contact@finances-hospitalieres.fr - www.finances-hospitalieres.fr

Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, studio2A@wanadoo.fr - Assistante marketing : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I. - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau.

11 numéros par an - Abonnement 405 euros par an - Prix au numéro : 43,20 euros - n° de CPPAP 0416 I 88884 - ISSN 1955-642X. Dépôt légal date de parution - © Infodum - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.

Un bulletin d'abonnement à Finances Hospitalières, se trouve page 8.

COOPÉRATIONS

Bien fondé et nécessité des coopérations hospitalières : état des lieux à l'aube de la réforme du système de santé de 2015



Clémence Zacharie,
Maître de conférences
en droit public (UPEC).

En matière hospitalière plus qu'ailleurs, la question de la mutualisation de l'action des établissements s'est imposée comme la réponse adéquate à la recomposition de l'offre de soins et à la gestion des établissements. Si la solution est identifiée, sa mise en œuvre est lourdement grevée par une complexité législative à laquelle il n'est pas certain que la réforme actuellement en discussion au Parlement mette fin.

L'évolution des politiques hospitalières repose sur cet extraordinaire paradoxe qu'est celui de favoriser le rapprochement de structures qui sont, par principe, imprégnées d'individualisme. Pourtant, la succession de réformes ayant conduit à l'actuel système hospitalier est marquée par un vaste mouvement de restructuration hospitalière conduisant à des fermetures ou des conversions de service, des fusions d'établissement ou des coopérations entre structures. De tous ces mouvements animés par une démarche de coopération hospitalière, il apparaît que celle-ci est considérée comme répondant à cette double caractéristique de la permanence et de l'exception. Permanence, car la succession des réformes de l'hôpital s'appuie sur une constante valorisation de la coopération entre les différentes structures de prise en charge comme facteur de l'évolution du système hospitalier. Exception car ce mouvement reste isolé dans le secteur sanitaire, tant la culture professionnelle médicale et hospitalière demeure très individualiste. Le projet de loi de santé en discussion devant le Parlement à l'heure où cette étude est publiée se montre par exception audacieux sur la question en favorisant la constitution de communauté professionnelle territoriale de santé destinées à favoriser une meilleure coordination de l'action des professionnels et de concourir à la structuration des parcours de santé, notamment entre praticiens libéraux. Une telle démarche reposant sur l'idée de coordination des soins, bien que chère aux rédacteurs du projet, reste néanmoins isolée et loin de correspondre à la culture professionnelle du secteur.

Quels que soient les objectifs assignés aux différentes formes de coopération, celles-ci apparaissent au final comme les supports essentiels au développement de la politique hospitalière

La collaboration entre établissements peut être un outil de rationalisation de leur répartition sur un territoire donné.

Pourtant, le développement de structures de coopérations hospitalières, continu depuis plus de quarante ans, répond à des objectifs très précis bien qu'éclatés, au point qu'il est un paradoxe à lui tout seul. Il vise tout d'abord à améliorer l'offre de soin et lutter contre la disparition au sein des territoires de structure en garantissant la permanence et la réalité. La logique de parcours de soin, privilégiée par les récentes réformes hospitalières, est valorisée par la mutualisation des actions de prises en charge. La collaboration entre établissements peut être un outil de rationalisation de leur répartition sur un territoire donné, adaptant celle-ci à la réalité des besoins de ce même territoire et permettant que soient assurées les missions de service public. La coopération des structures conduit alors à leur complémentarité par une répartition rationnelle des tâches. Le développement de structures de coopérations

hospitalières participe, ensuite, de l'installation d'une offre de qualité conforme aux impératifs de sécurité. La coopération hospitalière est un outil de gestion aux mains des instances hospitalières qui y trouvent une réponse aux besoins de financement nécessaires au développement des équipements. A l'inverse, il permet aussi de lutter efficacement contre le suréquipement en concentrant les masses techniques. La mutualisation des activités de blanchisserie, prémices des coopérations, a été largement dépassée, les diverses formes de coopérations étant appelées à devenir la structure de base de l'organisation sanitaire. Bien plus, la coopération est un outil de gestion des ressources humaines permettant de contrer l'érosion démographique de certaines spécialités. Quels que soient les objectifs assignés aux différentes formes de coopération, celles-ci apparaissent au final comme les supports essentiels au développement de la politique hospitalière⁽¹⁾. Elles sont tout d'abord un moyen de maintenir une activité hospitalière au sein d'un territoire, notamment en rompant l'isolement d'un établissement. Elles anticipent et préparent les fusions ou restructurations nécessaires à ce maintien, ou au contraire, permettent d'en éviter la réalisation. Elles sont ensuite le support d'une idéologie particulière faisant de l'hôpital une entité économique dont l'activité justifie que ne soit définie une réelle stratégie d'établissement.

L'évolution des pratiques médicales et la pénurie touchant certaines spécialités ont poussé les ministères à enchaîner les réformes, notamment en termes de coopération hospitalière, au point de conduire à l'entassement de systèmes dont l'appréhension n'est pas toujours simple.

Indéniablement, la coopération hospitalière est une constante de l'évolution du système hospitalier. Mais sa définition pose d'évidentes difficultés, du fait de l'enchaînement discontinu de réformes du système de santé depuis une quarantaine d'année. Depuis quarante ans, l'évolution des pratiques médicales et la pénurie touchant certaines spécialités a poussé les ministères à enchaîner les réformes, notamment en termes de coopération hospitalière, au point de conduire à l'entassement de systèmes dont l'appréhension n'est pas toujours simple. L'ANAP, dans un *Guide méthodologique de coopération hospitalière* recense pas moins de 17 types de coopération destinées à s'adapter à la réalité des besoins des établissements ! Une approche chronologique s'impose pour une meilleure appréhension de la diversité des solutions proposées.

Le point de départ reste la réforme du 31 décembre 1970 dite « loi Boulin » qui instaura le principe de planification de l'offre de soin. Le partenariat entre différentes structures de soin se développe alors, sous la forme particulière de la concession de service public hospitalier, tout d'abord, qui permettait aux établissements de santé privés d'intérêt collectif⁽²⁾ de participer au service public ; il se formalise, ensuite, à travers les syndicats inter-hospitaliers. Destinés à organiser la mise en commun d'équipements et de services, les syndicats inter-hospitaliers, dotés de la personnalité juridique, ne sont donc pas des structures de soins, mais ils présentent l'avantage de permettre le développement de partenariats entre établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif⁽³⁾. Parallèlement, les groupements inter hospitaliers de secteurs constituaient les premiers forums collaboratifs ouverts aux établissements. Si on ajoute à cela le développement d'accords de co-utilisation de matériel permettant le rapprochement des établissements publics de santé avec les praticiens libéraux par la mise à disposition de matériel, il est indéniablement que la loi de 1970 est fondatrice et pose les schémas clairs de ce que peuvent être les partenariats entre établissements de santé. Deux modèles se dessinent alors : la coopération fonctionnelle, reposant sur l'outil contractuel, et n'aboutissant pas à la dilution des établissements de santé y participant, et la coopération organique ou institutionnelle et conduisant à la création d'un nouvel établissement. Les réformes postérieures ne feront que confirmer ce mouvement conduisant à l'éclatement des modalités de coopération.

(1) En 2011, l'ANAP établira d'ailleurs un *Guide méthodologique des coopérations hospitalières* qui identifiera trois types de coopération en fonction de l'objectif poursuivi, la coopération filière destinée à valoriser les prises en charge médicales en fonction d'un parcours, la coopération efficience permettant la mutualisation des services et la rationalisation de la gestion afin de permettre la conservation du modèle économique des établissements concernés et la coopération destinée à contrer l'isolement d'un établissement et donc à maintenir une activité d'établissement.

(2) Anciennement les établissements privés à but non lucratif.

(3) Les syndicats inter hospitaliers ont vocation à disparaître à la fin 2015 en application du Décret n° 2012-1483 du 27 décembre 2012 relatif à la transformation des syndicats inter hospitaliers en groupement de coopération sanitaire ou en groupement d'intérêt public.

COOPÉRATIONS

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 confirme la promotion des partenariats des établissements entre eux au sein des secteurs dont ils relèvent. Le législateur met à leur disposition deux outils importés d'autres domaines d'activités, le groupement d'intérêt public (GIP), personne morale de droit public développée dans le secteur de la recherche, et le groupement d'intérêt économique (GIE), personne morale de droit privé intervenant dans le secteur économique. Destinée à donner une certaine autonomie aux hôpitaux dans la conduite de leur politique, l'importation de ces modèles de gestion est néanmoins limitée par le fait qu'elle ne peut porter sur des missions de diagnostic, de surveillance et de soins⁽⁴⁾ et se limite donc à la mutualisation des fonctions supports. Il faut donc attendre l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation privée et de l'hospitalisation publique pour que le processus coopératif s'appuie sur un outil totalement dédié à celle-ci. Le groupement de coopération sanitaire, véritable « outil tout terrain de la coopération », est créé comme un moyen particulièrement adapté aux particularismes du secteur sanitaire et par là-même propice au décloisonnement statutaire des établissements de santé, dont la répartition entre structures de droit public et structures de droit privé constitue un frein au développement de partenariat. La volonté de dépasser le statut juridique des associés émaille l'ordonnance de 1996 ; ainsi la communauté d'établissement de santé, applicable jusqu'à l'ordonnance du 4 septembre 2003, favorisait le rapprochement en son sein des différents types d'établissement, public comme privé pour développer des actions complémentaires.

Parallèlement, la loi n° 2002-303 du 3 mars 2002 va consacrer l'existence des réseaux de santé dont l'objectif principal est « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ». Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers, ils permettent un rapprochement de professionnels d'origine diverses, favorisant la transversalité des prises en charge. Dans les faits, ce texte a fort opportunément entériné des pratiques collaboratives qui s'étaient développées depuis de nombreuses années.

L'absence de reconnaissance de la personnalité juridique a empêché aux communautés hospitalières de territoire de donner la pleine mesure de leur capacité.

L'importante loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'arrivera alors que comme la confirmation du mouvement amorcé en 1991. Les groupements de coopération sanitaires créés à partir de 1996, personne de droit public ou de droit privé n'ont pas remporté, pour diverses raisons, le succès escompté. Se répartissant théoriquement entre groupement de coopération de moyens, groupement de coopération sanitaire-établissement de santé (et à ce titre pouvant réaliser une ou plusieurs activités de soins ou alors exploiter des équipements lourds), et groupements de coopération sanitaire – réseau de santé, l'essentiel des accords de coopération ayant entraîné la création de groupements de coopération sanitaire n'a conduit qu'à des structures à minima reposant sur une collaboration fonctionnelle permettant la participation à un réseau de santé, la mutualisation de ressources en équipement sans que l'on puisse constater le développement de nouvelles structures de soins et ainsi une restructuration de l'offre de soins⁽⁵⁾. La conception individuelle de la gestion hospitalière conduit à une culture de l'autonomie dans l'organisation des établissements de santé. Le besoin de concours dans la délivrance de prestations a néanmoins poussé les rédacteurs de la loi de 2009 à renforcer les dispositifs existants par de nouveaux outils, et principalement la coopération hospitalière de territoire (CHT). Outil de coopération fonctionnelle et dénuée à ce titre de la personnalité morale, elle permet une coopération organique entre des établissements de différentes sortes. Dépassant le statut d'outil technique de gestion, la coopération a donc été voulue comme un instrument essentiel de planification, destiné à améliorer l'offre et le parcours

(4) Conseil d'Etat, avis, 1^{er} août 1995, n°358047.

(5) C. Keller, M. Louazel, M.-L. Moquet Anger, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de l'offre hospitalière ? », *RDSS*, 2013, p. 687.

de soins autant qu'à recomposer le paysage sanitaire français⁽⁶⁾. Les résultats escomptés n'ont là encore pas été atteints⁽⁷⁾. Consacrant un titre complet du code de la santé publique aux coopérations sanitaires, la loi HPST va créer les communautés hospitalières de territoire permettant aux établissements publics de mettre en commun certaines activités afin de permettre le développement de complémentarités entre les établissements. Devrait alors émerger une stratégie commune à travers l'établissement d'un projet médical commun définissant les transferts opérés à l'organisation collective, mais aussi les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectif et de moyen. Si l'idée de cette nouvelle forme de coopération est demeurée séduisante, l'absence de reconnaissance de la personnalité juridique a empêché aux communautés hospitalières de territoire de donner la pleine mesure de leur capacité. Parallèlement, cette nouvelle formule demeure un mécanisme clivant, réservé aux seuls établissements de santé publics, de telle façon que les établissements privés en sont exclus et que les établissements médicaux sociaux ne peuvent finalement qu'y être associés, devenant de ce fait des partenaires secondaires.

Le projet adopté le 14 avril dernier ne fait donc que confirmer un mouvement sans apporter de réponses concrètes aux problèmes posés par la coopération hospitalière.

C'est dans ce contexte d'éclatement normatif qu'a été voté dernièrement en première lecture le « projet de modernisation de notre système de santé » qui ajoute une énième structure de coopération sanitaire, le groupement hospitalier de territoire venant se substituer aux communautés hospitalières de territoire⁽⁸⁾. Il n'est, à ce stade de la procédure parlementaire, pas doté de la personnalité morale. Le projet adopté le 14 avril dernier ne fait donc que confirmer un mouvement sans apporter de réponses concrètes aux problèmes posés par la coopération hospitalière. Confirmation tout d'abord car il va dans le sens de la multiplication des outils de coopération qui s'est anarchiquement succédée depuis la réforme essentielle de 1991 sans que pour autant l'engouement pour les partenariats ne se développent. Mais aussi absence de solution aux problèmes essentiels de la coopération dont le plus remarquable est qu'il aboutit à la dissolution de la notion d'établissement de santé en éclatant leurs missions entre établissements de santé originaires et établissements de coopération organique.

Le besoin de rapprochement des établissements de santé est pourtant une nécessité liée à l'évolution du système de santé. Et les intérêts parfois discordants évoqués précédemment se font de plus en plus pressants. Au-delà des intérêts sanitaires liés à la politique de santé publique, les coopérations servent des intérêts structurels appréciables : convergences des culturels d'établissement et rencontre des sphères publiques et privées, survie de structures et maintien de l'emploi. Bien qu'identifié, ce besoin ne se traduit pas en réalisations concrètes, et ce pour plusieurs raisons. La multiplicité des outils de coopération rend illisible le paysage coopératif, freinant ainsi l'adhésion de professionnels par essence foncièrement individualistes et rétifs au mutualisme. La crainte de voir les établissements disparaître à l'occasion d'une coopération aboutissant à une fusion est réelle. De plus, ces démarches demeurent soumises au principe du volontariat, tant des équipes soignantes que des équipes de direction⁽⁹⁾ et le principe de liberté contractuelle demeure. Cependant, la démarche coopérative est de plus en plus contrainte et repose sur une action incitative croissante de la part de l'Agence régionale de santé. Il est en effet prévu que le directeur de l'Agence régionale de santé conserve la possibilité de contraindre les établissements à conclure des conventions de coopération⁽¹⁰⁾. Et tout comme il peut contraindre un établissement de santé à assurer une mission de service public⁽¹¹⁾, il peut soumettre le renouvellement d'une autorisation à l'introduction d'une procédure de coopération. Bien plus, dans le projet de loi de modernisation de notre système de

La coopération devient pleinement obligatoire, le texte prévoyant en effet la participation de chaque établissement de santé à un groupement hospitalier de territoire.

(6) Cour des comptes, Rapport annuel relatif à la sécurité sociale, 8 septembre 2011, p 259.

(7) P. Villeneuve, « La coopération hospitalière de territoire, outil de performance ou gestion de la pénurie hospitalière », JCP A, 2013, n°2050.

(8) Article 27 du projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté le 14 avril 2015 en première lecture par l'Assemblée nationale.

(9) Ainsi des coopérations hospitalières de territoire telles que définies à l'article L.6134-1 du code de santé publique.

(10) Article L.6131-2 du code de la santé publique : « Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé :

1° De conclure une convention de coopération ;

2° De conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;

3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

Le directeur général transmet sa demande au conseil de surveillance, au directeur et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins.

Si sa demande n'est pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire. Dans ce dernier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les compétences obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat ».

(11) Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique.

COOPÉRATIONS

santé, la coopération devient pleinement obligatoire, le texte prévoyant en effet la participation de chaque établissement de santé à un groupement hospitalier de territoire⁽¹²⁾. L'isolement d'un établissement est alors l'exception. Dès lors, il apparaît que le développement de partenariats, aboutissant ou non à une coopération fonctionnelle, repose sur la convergence d'actions volontaires, se révélant notamment dans le projet médical partagé, et de contraintes étatiques, l'une ne pouvant aboutir sans l'autre.

Ce constat est probablement à l'origine de la démarche entreprise par les rédacteurs du projet actuellement en discussion devant le Parlement dont on peut cependant regretter qu'il ne conduise pas à la simplification institutionnelle à laquelle tous les acteurs du secteur aspirent. Déjà profondément remanié depuis le dépôt du projet à l'automne dernier, et ce jusqu'au dernier moment, le texte est encore susceptible d'être modifié par le travail parlementaire, notamment dans la partie qu'il consacre aux questions de coopération. Demeure cependant entière la question de l'audace des sénateurs pour mettre à bas un système devant être profondément assaini.

(12) Voir article 27 du projet, précité.

(13) Le principe selon lequel les groupements hospitaliers de territoire sont dépourvus de personnalité morale n'a été confirmé qu'à la date du vote final à l'Assemblée du 14 avril dernier.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

1 an, 11 numéros,

et un accès au site

www.finances-hospitalieres.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **405 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

☐ Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**

☐ Je souhaite une facture justificative

☐ Mandat administratif/à réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodiu - SAS au capital de 37 000 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

A compléter et renvoyer à :
Finances Hospitalières - Infodiu - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail (**Obligatoire**) :

Adresse de facturation si différent :

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

Etude d'impact, le cas du Groupement Hospitalier de Territoire

Le remplacement des Communautés Hospitalières de Territoire de la loi HPST par les Groupements Hospitaliers de Territoire constitue, du point de vue des hôpitaux, un élément majeur de la loi Santé actuellement en discussion au Parlement.



Raoul Tachon,
Consultant

Rappelons les 5 principes clé sur lesquels repose ce nouveau dispositif, qui vient compléter – ou rendre obsolètes – d'autres outils juridiques de rapprochement et notamment le GCS « établissement de santé » de la loi HPST :

- L'adhésion obligatoire au GHT ;
- L'élaboration d'un projet médical unique par ses membres ;
- Le transfert obligatoire de certaines fonctions : SIH, DIM, achats, formation, coordination des écoles ;
- Les mutualisations des fonctions administratives, techniques et logistiques ;
- L'absence de personnalité morale du GHT.

Le calendrier de la réforme serait le suivant : 31 décembre 2015 pour la constitution des GHT, 31 décembre 2017 pour les transferts de compétence.

La loi organique du 15 avril 2009 fait obligation de réaliser une étude d'impact qui doit s'attacher à fournir une évaluation préalable de la réforme envisagée, aussi complète, objective et factuelle que possible. Disponibles sur Légifrance ou sur les sites des Assemblées, les études d'impact associées aux projets de loi ont pour objet de permettre à chacun de prendre connaissance des éléments qui ont guidé les choix du gouvernement et l'impact des mesures dans les champs qui peuvent le concerner.

L'étude doit traiter des impacts économiques, sociaux, environnementaux et juridiques, notamment en regard du droit européen. Ce dernier point a été essentiel concernant la réforme de la notion de service public hospitalier, le droit européen ne reconnaissant pas sa dimension organique, liée à un type de statut d'établissement de santé, qui prévalait en France jusqu'en 2009.

Jetons un œil sur l'étude d'impact associée à la constitution des GHT qui recense les conséquences économiques et sociales de ce dispositif vues du Ministère de la santé.

Impacts économiques

« La dynamique renforcée de coopération devrait se traduire par des économies. Les efforts d'efficacité attendus sont évalués à environ 400 m € sur 3 ans. Cette évaluation repose sur des hypothèses qui devront être affinées au fur et à mesure de l'élaboration des plans d'action régionaux »

L'étude détaille ensuite ces économies :

- 270 m € au titre des fonctions techniques, médico-techniques, administratives et logistiques. Il est rappelé que ces différents postes totalisaient 14,4 milliards d'euros de dépenses au titre des comptes 2011 et qu'une diminution progressive des coûts devrait permettre une économie de 270 m €. L'horizon n'est toutefois pas défini.
 - 50 m € au titre de la diminution du recours à l'intérim médical, estimée à 10 %.
- « La mutualisation de certaines organisations médicales ainsi que l'élaboration

COOPÉRATIONS

d'une stratégie unique doit permettre d'une part de rendre plus attractifs certains postes médicaux et d'autre part de limiter les besoins en personnel » NB : un rapport d'Olivier Véran a estimé le recours à l'emploi médical temporaire à 500 m € par an et le coût d'une journée d'intérim médical à 1 370 € TTC par jour.

- 38 m € au titre de la réduction des gardes et astreintes sur la base d'une réduction de leur nombre de 5 %.

Le compte n'y est donc pas tout à fait avec les 400 m € escomptés. Par ailleurs, la traduction en ETP de ces économies n'est jamais évoquée.

Impacts sociaux

Sur cette réforme, qui inquiète les personnels de direction mais aussi l'ensemble des personnels administratifs, logistiques et techniques, directement impactés, l'étude d'impact tient en deux lignes et se révèle assez sibylline, voire ambiguë : « Les incidences sur les organisations de travail sont de nature à améliorer la qualité des conditions de travail, l'efficacité et la productivité du service public. Les outils déjà existants pour les établissements de santé pourront être mobilisés pour faciliter les éventuelles évolutions professionnelles des agents concernés : cellule locale d'accompagnement social des modernisations, indemnité exceptionnelle de mobilité, financement d'actions de conversion, indemnités de départs volontaires, etc... »

Assez clairement et sans surprises, le GHT a pour objectif majeur de faire des économies notamment sur les effectifs.

L'étude d'impact associée à cette composante essentielle de la loi Santé laisse toutefois un goût d'inachevé, peut-être volontaire.

SALONS SANTÉ AUTONOMIE

HOPITAL EXPO HEALTH-IT EXPO GERONTHANDICAP EXPO

19-21 MAI 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

EXPOSITION - CONFÉRENCES - ANIMATIONS

EQUIPEMENTS, SOLUTIONS & STRATÉGIES

POUR LE FONCTIONNEMENT ET LA TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

REJOIGNEZ-NOUS ►



salons-sante-autonomie.com

Relation ville-hôpital : Relever le défi pour améliorer les parcours des patients sur un territoire

Les établissements de santé sont au cœur de l'approche par les parcours de santé qui permet notamment une prise en charge plus efficace et plus efficiente au plus proche du lieu de vie du patient. Mais ces parcours se heurtent encore trop souvent à des obstacles et à des dysfonctionnements. Acteur important de l'offre de soin sur son territoire, l'établissement de santé peut trouver des réponses efficaces à ces dysfonctionnements en mettant en place une démarche proactive touchant son organisation et ses missions afin de réussir sa coordination avec la ville.

Organiser les parcours de santé au plus près du lieu de vie des patients

Les soins hospitaliers traditionnels ne sont plus adaptés à de nombreuses maladies chroniques, qui requièrent des soins et de l'accompagnement de longue durée en établissement et à domicile. Pour ces types de maladies, qui touchent un bon nombre de personnes, un autre modèle de soins plus coordonné, autour du lieu de résidence de l'utilisateur, pourrait être plus approprié. Un tel modèle exige d'importantes modifications de l'organisation et des prestations des services de santé (sanitaires, médicosociaux et sociaux), principalement des soins de santé (de la prévention aux soins) de première ligne et à domicile. Les établissements de santé sont concernés par ce virage ambulatoire.

Ce changement de paradigme épidémiologique lié à la prévalence accrue des maladies chroniques et aux pathologies souvent multiples du vieillissement appelle une révision des organisations. L'approche longtemps centrée sur les prises en charge des pathologies et les organisations des institutions de soins elle mêmes, doit maintenant être fondée sur les parcours des patients/usagers.

Par l'appellation « parcours », nommés « *Integrated care* » ou « *care pathways* » dans les pays anglo-saxons, « *soins intégrés* » dans l'initiative Prisma au Québec, etc., il s'agit de mettre en place l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Un consensus s'est dessiné au niveau international sur le bienfondé de cette approche⁽¹⁾. L'organisation des parcours de santé doit permettre une offre pertinente, au bon moment par le bon professionnel ou établissement. Elle est ainsi gage d'une meilleure efficacité de la prise en charge mais également d'efficience, dans un contexte budgétaire contraint. C'est un enjeu de santé publique !

En France, l'adoption d'une approche par les parcours se heurte à l'organisation d'un système de santé structurellement peu propice à des approches coordonnées ou intégrées. Les obstacles sont bien connus : modes de tarification non adaptés, système organisé plutôt pour répondre aux épisodes aigus, faiblesse relative des soins de premier recours en termes d'organisation et parfois d'accès (démographie problématique dans de nombreux territoires), cloisonnement historique marqué entre une médecine libérale ambulatoire et l'hôpital, mais aussi entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.



Dr Dominique Dépinoy,
Directeur Associé
Cabinet Acsantis
www.acsantis.com



Anne Moyal,
consultante



Alec Guiral,
senior consultant

L'organisation des parcours de santé... est ainsi gage d'une meilleure efficacité de la prise en charge mais également d'efficience, dans un contexte budgétaire contraint.

(1) Voir les nombreux projets inspirés en Amérique du Nord et en Europe de Wagner EH, (1998) Chronic Disease Management : What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness ? Effective Clinical Practice, August/September 1998. 1 : 2-4. & Kris Vanhaecht, Massimiliano Panella, Ruben van Zelm and Walter Sermeus, « History of Clinical Pathways. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions » in International Journal of Care Pathways.

PARCOURS

Les défauts de coordination entre l'hôpital et la ville sont encore particulièrement nombreux.

Les premières initiatives nationales visant à promouvoir des prises en charge coordonnées des patients en ambulatoire, ont le plus souvent été portées par les établissements sanitaires et les réseaux de santé dès les années 1990. Elles ont contribué à faire évoluer les pratiques professionnelles et ont eu des bénéfices certains pour les patients suivis au sein de leur file active grâce notamment aux dynamiques relationnelles. Elles n'ont toutefois pas obtenu tous les résultats escomptés, du fait notamment du nombre relativement limité des patients inclus et de la difficulté à impliquer les professionnels.

Bien que l'hôpital ne soit qu'un maillon du parcours de soins, en lien avec les autres acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social, il contribue largement à la qualité du parcours de soins, dans sa fonction de spécialisation et de prise en charge des cas médicalement complexes. **Cependant, dans le cadre du parcours hospitalier du patient, en articulation avec les acteurs de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation, tout établissement est amené à réinterroger ses modalités de prise en charge.** La Haute Autorité de Santé a ainsi fait de l'amélioration des parcours une priorité stratégique et vise, par la certification⁽²⁾ des établissements de santé, à améliorer les parcours intra-hospitaliers mais également l'articulation en amont et en aval notamment avec les établissements du secteur médico-social. Elle priorise par ailleurs certains publics vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques notamment).

La HAS définit ainsi les parcours de santé : « Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels »

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

L'enjeu dans le cadre de la certification :

Si le parcours de santé d'un patient ne se résume pas à sa prise en charge hospitalière, la qualité des établissements de santé contribue à la qualité du parcours de patient. Cette qualité concerne à la fois les étapes de la prise en charge hospitalière et la qualité des interfaces avec l'amont et l'aval de l'établissement de santé. Pour ces raisons, la certification doit apporter sa contribution à l'amélioration des parcours en :

- se centrant sur l'amélioration des parcours intra-hospitaliers en articulation avec l'amont et l'aval de la prise en charge,
- exerçant un levier sur l'inscription des parcours dans l'environnement et le territoire et notamment en améliorant l'articulation entre le sanitaire et le médico-social et celle entre établissements de santé,
- améliorant les parcours des personnes vulnérables ; personnes âgées, personnes handicapées, enfants et adolescents, personnes atteintes de maladies chroniques, notamment.

L'organisation des parcours des patients se situant au cœur du métier des professionnels de santé, ce sujet participe pleinement à l'objectif de renforcement de l'appropriation de la certification par les équipes et par les professionnels.

Cette évaluation conduit l'établissement et les experts-visiteurs à :

- Évaluer la structuration et l'organisation des parcours patients par la collaboration du management de l'établissement et des secteurs d'activité, en lien avec les structures et professionnels hors établissement.
- Évaluer la prise en charge intra hospitalière centrée sur le patient et l'entourage

(2) Parcours du patient en V2014 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/parcours-du-patient-en-v2014.

par les équipes en prenant particulièrement en compte les zones de transition amont-aval, la collaboration inter secteurs et interprofessionnelle et notamment la maîtrise de certains points clefs en lien avec les critères se rapportant à cette thématique.

Des dysfonctionnements bien identifiés

La réorganisation intra hospitalière autour des parcours est complexe car elle doit relever plusieurs défis. Il s'agit d'améliorer les parcours intra hospitaliers et les parcours inter établissements mais de traiter également et d'emblée les questions d'interface avec la ville : prévenir les hospitalisations, programmer les hospitalisations nécessaires et assurer un retour à domicile ou vers les structures d'aval dans des délais tenant compte à la fois des impératifs auxquels font face les établissements mais également des attentes des patients.

En d'autres termes, penser une « organisation intra hospitalière parcours » orientée certes vers la réduction de la Durée Moyenne de Séjour⁽³⁾ et l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins... mais aussi vers la réduction des ré-hospitalisations et la facilitation des hospitalisations programmées. Des études de l'Organisation Mondiale de la Santé ont en effet montré que le recours à l'approche par parcours semble avoir un impact positif à la fois au regard des patients, mais également en termes de durée d'hospitalisation, de coûts hospitaliers et de pratiques professionnels⁽⁴⁾.

Or les défauts de coordination entre l'hôpital et la ville sont encore particulièrement nombreux :

- **En amont**, une insuffisance de l'organisation et de l'anticipation des facteurs de risque d'hospitalisation, des défauts d'organisation dans la permanence des soins pour prévenir certains passages aux urgences, des obstacles à l'organisation d'hospitalisations programmées, l'insuffisant recours à des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (dont celles permettant le maintien à domicile) ou encore des difficultés pour les médecins traitant à obtenir rapidement des avis spécialisés.
- **A l'entrée**, les équipes hospitalières disposent souvent de peu d'informations sur les patients (cliniques mais aussi sociales) qui arrivent aux urgences ou dans les services, ce qui nuit au repérage précoce des patients complexes à risques de ré-hospitalisation, ou conduit parfois à des orientations de prise en charge erronées. Ce défaut d'information à l'entrée nuit également à la correcte préparation de la sortie.
- **Durant l'hospitalisation** : l'anticipation et la préparation de la sortie quand il est effectué est trop souvent centré sur le seul volet social de la sortie, ce qui est nécessaire mais pas suffisant dans la mesure où les relais cliniques sont à trouver également si l'on souhaite limiter les (ré) hospitalisations en urgence. De plus, la complexité et la lourdeur des démarches administratives pour assurer le transfert vers certaines structures d'aval ou mettre en place un relais des soins à domicile, ne permettent pas toujours d'assurer la sortie dans un délai acceptable, pour le patient comme pour l'établissement.
- **En aval** : les principales difficultés portent sur les délais de transmission aux médecins traitants, pharmaciens et professionnels para médicaux et sociaux des comptes rendus d'hospitalisation et autres informations nécessaires à un retour sécurisé au domicile. La sortie d'hospitalisation est souvent synonyme de risques iatrogéniques mal maîtrisés liés à des divergences d'approche et de priorités thérapeutiques entre médecins hospitaliers et médecins traitant ou tout simplement à un manque de communication sur ces priorités.

Le système de santé souffre ainsi de multiples lacunes organisationnelles et défauts de coordination au sein d'un même niveau de soins, entre niveaux de soins et entre secteurs sanitaire, médico-social et social. La multiplicité des structures, la segmentation du système hospitalier en « organes », la difficulté des professionnels spécialisés à collaborer entre eux et avec la ville, les frontières floues entre les

La mise en place d'approches territoriales reposant sur les parcours et dans lesquelles l'hôpital quelle que soit sa taille a une place à prendre.

(3) Pour le patient âgé, une baisse de la DMS peut être profitable si l'hôpital a par ailleurs mis toutes les chances de son côté en coopérant avec la ville en vue de réduire les risques de ré-hospitalisation à 30 ou 90 jours, ou encore en organisant la programmation des hospitalisations ou en prévenant des hospitalisations évitables.

(4) Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS : « Parcours cliniques : effets sur les pratiques professionnelles, les résultats des patients, la durée d'hospitalisation et les coûts hospitaliers (http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/cd006632_haddadsm_com/fr/).

PARCOURS

champs d'activité des professionnels et le fossé persistant entre le sanitaire et le médico-social représentent les principaux obstacles à une prise en charge bien coordonnée. Le constat est criant lorsqu'il s'agit de personnes âgées.

Le manque de lien ville-hôpital, cause de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées

Les travaux du HCAAM établissent que l'insuffisante coordination des différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, ainsi que le recours abusif à l'hospitalisation, sont des causes de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées, qui elles-mêmes favorisent leur entrée dans la dépendance.

Le coût financier de la mauvaise organisation du parcours des personnes âgées est évalué à plusieurs milliards d'euros par an pour la seule dépense hospitalière selon le HCAAM, alors même que les changements démographiques et la prévalence des maladies chroniques exercent une pression forte sur les dépenses de santé à l'horizon 2020 et 2030. La réponse à ces défis ne saurait passer par la seule augmentation des dépenses de santé, non soutenable financièrement et qui occulte en outre les effets des ruptures du parcours sur la santé des personnes âgées.

L'hôpital, acteur indispensable au service des parcours sur son territoire

Ainsi à certains égards, l'organisation actuelle des soins et de l'accompagnement repose plus sur des logiques de structures que sur les besoins des usagers -au premier rang desquels on retrouve de nombreuses personnes âgées-. L'offre de soins et d'accompagnement reste souvent illisible tant pour les usagers que pour les professionnels. Cependant plusieurs facteurs d'évolution du système contribuent à faciliter la mise en place d'approches territoriales reposant sur les parcours et dans lesquelles l'hôpital quelle que soit sa taille a une place à prendre :

- La réorganisation de la politique de santé avec la création des ARS a favorisé ces dernières années l'adoption de priorités partagées sur les territoires⁽⁵⁾ afin d'améliorer les parcours de santé. Les politiques territoriales de santé visent à impulser un décroisement entre la ville et l'hôpital. Les ARS s'impliquent dans la mise en place des coordinations institutionnelles.

- Dans un même temps, en ville, les organisations des soins de premier recours -autrement appelés soins primaires- évoluent vers la création de plus de structures d'exercice coordonné et collectif pluri professionnel (centres de santé, pôles et maisons de santé). Ces dernières prennent une place de plus en plus prépondérante, notamment dans les territoires menacés par une démographie sanitaire déclinante. Pour mieux appréhender la notion de parcours des patients, ces structurations se formalisent souvent autour d'un projet de santé. Pour les établissements sanitaires et médico-sociaux,

ces regroupements peuvent faciliter la mise en place des liens ville hôpital. Il est devenu en effet plus facile d'échanger avec des unités de soins primaires structurées qu'avec des professionnels isolés et multiples.

- Pour sa part, l'hôpital repense ses missions dans le cadre de l'émergence de la médecine dite des 4P (personnalisée, préventive, prédictive et participative) et apportant sa contribution à une médecine de parcours, comme peuvent l'illustrer par exemple les ambitions affichées dans le plan stratégique 2015-2019 de l'APHP. Le rapport Couty préconise ainsi aux CH « de développer une stratégie d'ouverture, de coopération et de prendre une position de coordonnateur, de facilitateur, d'être le cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité ». Pour un CHU ou un CH, cela signifie qu'il doit à la fois être un hôpital de recours pour accéder à une expertise de haut niveau... mais aussi être un établissement jouant tout son rôle aux côtés de la ville pour répondre aux besoins de santé du bassin de population qu'il dessert. Pour un ex-hôpital local, il s'agit d'être un

Les approches par parcours ont été confirmées comme des axes majeurs de la Stratégie Nationale de Santé du projet de loi de santé.

(5) Elaboration des plans stratégiques régionaux (PSRS), puis des plans régionaux de santé (PRS) et des schémas.

établissement offrant une prise en charge de proximité pour sécuriser une prise en charge ne pouvant se faire à domicile faute d'entourage ou de choisir une orientation réfléchie en dehors de l'urgence.

- Fort d'un consensus assez large, partagé par des experts, décideurs et acteurs de la santé et selon lequel le système a besoin d'évoluer en profondeur, les pouvoirs publics ont décidé d'expérimenter les parcours de santé à compter de 2012. Différents articles de la LFSS (article 70 et 48 pour les personnes âgées) ont ouvert la voie dans le domaine de la personne âgée puis les approches par parcours ont été confirmées comme des axes majeurs de la Stratégie Nationale de Santé du projet de loi de santé discuté au Parlement en ce début de l'année 2015. Au-delà de la prise en charge des personnes âgées, ce sont maintenant les prises en charge de la BPCO, de l'insuffisance cardiaque ou du diabète qui suivent le même chemin organisationnel.

les programmes territoriaux d'amélioration des parcours des personnes âgées comme exemple

- Dans un premier temps, l'article 70 de la LFSS 2012 a permis de lancer 11 projets portés conjointement par les ARS – dont l'ARSIF – et les promoteurs locaux des projets. Ces projets sont centrés sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation, en particulier la prévention des hospitalisations évitables et l'accompagnement coordonné de la sortie de l'hôpital en vue d'éviter des ré-hospitalisations.
- Puis l'article 48 de la LFSS 2013 a prévu une approche plus ambitieuse en termes d'impacts attendus, de domaines et échelles d'intervention, et d'institutions et acteurs mobilisés. Elle prévoit la structuration territoriale de prototypes qui auraient, en cas de résultats probants, vocation à être généralisés sur l'ensemble des territoires en France. Neuf sites pilotes, dont un en Ile de France, ont ainsi été retenus. Ils ont réalisé un diagnostic du parcours et sont en train de finaliser leur plan d'action en associant la chaîne des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. **Comparativement à l'article 70** qui fixait uniquement un périmètre d'intervention (l'amont et l'aval de l'hospitalisation) et de simples objectifs généraux en laissant aux acteurs locaux l'initiative de définir les actions précises à mettre en œuvre et leur modalité de financement, **les projets de l'article 48 sont plus « descendants »** : ils doivent en effet répondre à un cahier des charges détaillé et défini préalablement au niveau national. Il est à noter en outre que s'il a vocation à considérer les personnes âgées dans leur ensemble, l'article 48 cible plus particulièrement les **Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) de 75 ans et plus**, à savoir des personnes fragiles, en amont ou en début de perte d'autonomie, celle-ci n'étant pas encore considérée comme irréversible. Il est encore trop tôt pour évaluer les résultats de ces initiatives mais il est à souligner que la plupart des ARS en France, qu'elles aient été ou non retenues comme site pilote pour l'article 70 ou l'article 48, les prennent en compte pour structurer le parcours des personnes âgées sur leur territoire, parcours inscrit à leur PRS. Cette approche semble en tout cas de plus en plus adoptée en matière de prise en charge des pathologies chroniques.

Les dysfonctionnements ne sont pas une fatalité

Diverses réponses ont été apportées ces dernières années pour améliorer le lien ville-hôpital, tant à l'initiative des équipes hospitalières que des professionnels de la ville. Beaucoup d'établissement développent déjà des actions permettant de corriger l'existant en apportant des améliorations ponctuelles. Mais malgré des progrès/avancées réels, l'impact est souvent limité lorsque ces actions restent éparpillées et dépendantes encore trop souvent de l'engagement individuel des praticiens et de leurs réseaux interprofessionnels informels.

Cependant des solutions semblent opérationnelles :

- **En amont de l'hospitalisation** : plateforme téléphonique ou mails directs pour faciliter les entrées programmées ou l'accès à l'avis d'un spécialiste, consultations

PARCOURS

avancées de praticiens hospitaliers dans des structures de premier recours (centre ou maisons de santé), participation des professionnels hospitaliers aux espaces de concertation de la ville (réseaux de santé, CLIC...), téléconsultations à distance...

- **A l'entrée et en intra hospitalier** : réservation de lits de soins non programmés, dispositif de repérage des cas complexes (à risque de ré-hospitalisation) et élaboration de Plans Personnalisés de Soins (PPS), ouverture des staffs hospitaliers aux acteurs de ville...

- **En sortie et aval de l'hospitalisation** : travail d'amélioration de l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et de la conciliation médicamenteuse⁽⁶⁾, cellule de coordination des sorties (sur les volets cliniques et médicaux), actions de préparation des sorties (visite d'acteurs de la ville dans les services), recours à l'HAD, mise en œuvre d'actions de prévention suivies en ambulatoire (éducation thérapeutique du patient)...

L'hôpital peut être moteur d'une dynamique interprofessionnelle gagnante sur son territoire d'intervention.

Dans la mise en œuvre de ces différentes actions, un outillage facilitant les échanges est souvent primordial : messagerie sécurisée, document unique de liaison, dossier partagé notamment. Malheureusement, ces outils sont rarement systématisés, que ce soit pour des questions techniques de faisabilité, des questions

organisationnelles de déploiement des outils existant ou à cause des habitudes d'utilisation des professionnels de la ville comme de l'hôpital.

Ramené à l'échelle d'un territoire, l'enjeu méthodologique consiste, à partir d'une analyse des besoins de la population âgée, à identifier les dysfonctionnements majeurs et les différents points de rupture d'un parcours et parallèlement à inventorier et étudier les premières initiatives mises en place pour y répondre, afin si possible de capitaliser d'abord sur l'existant.

Le lien ville-hôpital dépendant largement de l'implication des professionnels eux-mêmes, l'approche doit prioriser leur intégration dans la démarche de diagnostic. Cela permet non seulement de coller au plus près des réalités du terrain et de comprendre les attentes des acteurs du lien ville-hôpital, mais également de favoriser la reconnaissance mutuelle favorable à une amélioration de ce lien.

Le diagnostic partagé apparaît ainsi comme une première action à part entière des stratégies de renforcement du lien ville-hôpital. La rencontre d'un maximum d'acteurs est pour ce faire essentielle.

Ensuite, l'adhésion de l'hôpital comme de la ville dépendra de l'appropriation que les acteurs se feront des actions existantes sur le territoire ou qui pourraient être développées pour améliorer le lien ville-hôpital. Les réflexions doivent ainsi être collectives, pour favoriser l'écoute et la compréhension mutuelle et trouver les solutions faisant consensus. Un temps de maturation est par ailleurs nécessaire, ce qui implique une démarche graduelle, avec des temps de rencontres pas trop nombreux mais réguliers pour faire mûrir les projets.

Il s'agira finalement de répondre aux questions suivantes : Les actions en place ont-elles abordé les principaux dysfonctionnements du parcours ? Le cas échéant, quel a été leur impact ? Quels sont les problèmes encore non résolus ? Compte tenu du contexte budgétaire par ailleurs contraint, quelles actions à forte valeur ajoutée et consensuelles au sein des acteurs gagneraient à être répliquées à plus grande échelle ?

L'adoption en routine d'initiatives pilotes ayant donné des résultats probants pose la question de leur modèle économique une fois déployés à grande échelle. C'est en théorie une évaluation médico-économique qui permet de décider de la généralisation ou non d'une action sur un territoire. L'enjeu consiste donc à intégrer des projets impulsés à la fois par des acteurs de terrain (bottom up) et par des responsables de politiques publiques (top down) et à formaliser une stratégie territoriale de parcours de santé pérenne.

En agissant de cette manière, en choisissant des parcours cibles à améliorer, l'hôpital peut être moteur d'une dynamique interprofessionnelle gagnante sur son territoire d'intervention. Les résultats en termes d'efficacité et d'efficience peuvent être rapides⁽⁷⁾.

« Il ne s'agit plus tant d'accroître l'offre disponible mais de la diversifier, et de mettre en réseau les acteurs pour plus de cohérence⁽⁸⁾ ».

(6) La conciliation médicamenteuse permet de comparer l'ensemble des traitements de routine pris par un patient avec les ordonnances émises aux diverses étapes de son parcours de soins (admission, transfert, sortie). Ce processus permet de mettre en évidence des divergences classées comme étant intentionnelles (DI) ou non intentionnelles (DNI).

Les DNI, sources potentielles d'événements indésirables médicamenteux seront corrigées par le prescripteur suite à la conciliation.

Au niveau international, la conciliation médicamenteuse s'inscrit dans le cadre du projet High Five de l'OMS qui a pour objectif d'améliorer la sécurité des soins pour les patients (cf. site Internet de l'OMS). Au niveau national, la conciliation médicamenteuse est directement en lien avec la certification car elle participe à la sécurisation du circuit du médicament.

(7) Si le législateur aligne les modes de financement des hôpitaux et de la ville en conséquence et valorise le temps nécessaire à la coordination.

En effet, pour reprendre les termes du HCAAM « Coordonner, c'est encore soigner ».

(8) M-A Bloch & L. Hénaut *In Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014 ; p 271.

La loi de santé décongestionnera-t-elle les urgences hospitalières ?

Une des mesures emblématiques de la future « loi santé » consiste à étendre aux médecins libéraux la pratique du tiers payant pour la part des frais de soins remboursés par la Sécurité sociale.

La mesure vise à faciliter l'accès aux soins de premier recours, c'est-à-dire au médecin généraliste en ville. Si le principal objectif de cette mesure consiste avant tout à faciliter, d'un point de vue financier, l'accès aux soins ambulatoires à court terme, d'après les promoteurs du projet de loi⁽¹⁾ elle devrait également réduire le recours aux services d'urgence des hôpitaux.

Par ailleurs, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) seraient créées pour faciliter l'accès aux soins de santé de proximité aux populations vulnérables, en situation précaire, handicapées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.

C'est l'occasion de faire la synthèse sur notre système de permanence des soins et de s'interroger sur l'impact prévisible de la loi de santé pour ce qui concerne l'activité des urgences hospitalières.

Un nouvel objet « à connecter » : le groupement hospitalier de territoire

« Quand le brancard arriva enfin, et qu'on parla de partir pour l'hôpital, elle [Gervaise] se releva, en disant violemment : Non, non, pas à l'hôpital ! »
(L'Assommoir, Emile Zola)

Les temps ont bien changé. Et pourtant, la permanence des soins et l'activité des urgences font couler énormément d'encre depuis une vingtaine d'années. Les rapports et recommandations sur le sujet se succèdent, interrogeant l'organisation de la permanence des soins (permanence de l'accès aux soins ?) dans notre pays et plus précisément l'articulation entre médecine libérale et urgences hospitalières, très souvent publiques.

Le dernier rapport en date sur le sujet, du Professeur Carli, remonte à septembre 2013⁽²⁾. D'après ce rapport, c'est l'aval du service des urgences qui pose problème. Les médecins urgentistes reprochent en effet depuis au moins les années 80, deux situations préjudiciables, selon eux, à l'efficacité de la prise en charge. D'une part l'inadéquation des capacités hospitalières (grand nombre de lits de chirurgie, insuffisance des lits de médecine, en particulier pour prendre en charge les personnes âgées polypathologiques avec problèmes sociaux collatéraux), d'autre part la propension de certains de leurs confrères spécialistes à réserver « leurs » lits, pratique courante qui consiste pour plusieurs raisons à indiquer comme occupés des lits en réalité libres.

Si bien évidemment une meilleure organisation intra hospitalière doit être recherchée, une participation accrue des structures en amont de l'hôpital serait de nature à décharger les urgences hospitalières d'un certain nombre de venues « évitables ».



Olivier Wery,
LINKK

**Pour le Professeur Carli,
il faut surtout repenser
l'aval des urgences.**

(1) Projet de loi relatif à la santé. Etude d'impact. 14 octobre 2014. Page 85.

(2) Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport du Pr Pierre Carli. Septembre 2013.

PARCOURS

La permanence des soins

Le 15 novembre 2003, les médecins généralistes ont entamé une grève illimitée des gardes de nuit en renvoyant au « 15 » les appels de 20 heures à 8 heures par la voix de leur répondeur téléphonique. La grève durera plusieurs mois pour aboutir, en particulier, à la redéfinition du cadre de la permanence des soins assurée par les praticiens libéraux. Jusqu'alors déontologique, gratuite et obligatoire, la permanence repose désormais sur un système de volontariat rémunéré qui s'inscrit dans « le cadre des lois et règlements qui l'organisent ».

Un an auparavant, le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins s'exprimait ainsi à l'occasion d'une table ronde : « Il y a trente ans, les urgences réelles représentaient environ un tiers de l'activité d'un médecin ou d'un chirurgien. A cette époque, la vie était manifestement plus facile. Nous sommes alors entrés dans une civilisation industrielle. Le chômage est apparu. La précarité et l'exclusion ont augmenté. Des besoins, pas forcément médicaux, ont émergé, d'où la notion d'urgences sociales⁽³⁾ ».

Le système actuel

Le système est bâti sur, d'une part la permanence des soins ambulatoires (PDSA) géographiquement sectorisée et d'autre part, la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), mission de service public qui repose actuellement sur 736 points d'accueil.

Des services d'urgence de plus en plus sollicités pour des consultations.

Les médecins libéraux participent à la régulation téléphonique et à la PDSA. Leur participation est rémunérée par des forfaits dont le montant est fixé par les ARS et financé par le fonds d'intervention régional (FIR). Les horaires de la PDSA ont été

déterminés comme suit : les nuits entre 20h et 8h, les dimanches et jours fériés, les lundis veille de jour férié, les vendredis et samedis lendemain de jour férié, les samedis après-midi de façon optionnelle.

En vue de fixer et mutualiser la PDSA, les pouvoirs publics ont promu la création de maisons médicales de garde (MMG). Ces maisons fonctionnent uniquement aux heures de permanence des soins. Il existe un peu moins de 400 structures, dont certaines se trouvent au sein d'un établissement de santé. Les MMG ne couvrent qu'un quart des secteurs de garde et ne couvrent pas toujours l'intégralité de la plage horaire de la PDSA.

Les flux dans les services d'urgence

Entre 1990 et 1998, la fréquentation des urgences hospitalières a cru de 43%. En 1999, le nombre de passages dans ces structures s'élevait à plus de 12 millions. Douze ans plus tard, les services d'urgence de l'hôpital ont décompté 18 millions de passages.

Évolution du nombre de passages aux urgences de 2009 à 2011.
Source : DREES, Le panorama des établissements de santé - 2013.

	2009	2010	2011
Nombre de passages aux urgences	16 064 851	16 780 220	18 031 004
Dont hospitalisation au décours, en %	22,6	22,3	22,2
Distance médiane entre le domicile et le lieu de prise en charge, en km	7,3	7,4	7,4

Une étude⁽⁴⁾ de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) souligne que « les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage [aux urgences] ». Ce travail d'enquête porte sur plus de 50 000 patients qui se sont rendus dans un peu plus de 700 points d'accueil des urgences un jour donné.

L'étude statistique nous apprend par ailleurs que 80 % des patients sont accueillis par une structure publique contre 13 % par des établissements privés à but lucratif.

(3) Ordre National des Médecins.
Urgences et gardes.
La permanence des soins en questions.
20 avril 2000.
(4) Etudes et résultats n°889. Juillet 2014.
DREES. Enquête réalisé le 11 juin 2013.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Le projet de loi de santé adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture le 14 avril 2015 prévoit leur constitution par des professionnels de santé volontaires alors qu'est défini le concept d'équipe de soins primaires : « Art. L. 1411-11-1. Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé ».

Ce que l'on peut attendre de la loi de santé pour les urgences hospitalières

En 2014, la Cour des comptes consacre à la permanence des soins une partie de son rapport sur la Sécurité sociale⁽⁵⁾. La Cour souligne que « même quand des tours de garde existent, les hôpitaux continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément à leurs portes pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence ». D'après Elle, « les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante ». Si les établissements assurent une partie non négligeable de la PDSA, financée par ailleurs, cela ne serait pas surprenant car, d'après la Cour des comptes, le système de la PDSA est instable et fragile⁽⁶⁾.

De longue date, les observations faites aux admissions des services d'urgence témoignent en effet d'une activité très absorbée en volume par les soins externes et non par de véritables urgences vitales.

Les services d'urgence hospitalière souffrent sans doute de manque de lits d'aval mais aussi (surtout ?) d'un encombrement par les consultations non programmées, les usagers s'y rendant pour des raisons pratiques. En effet, d'après les professionnels des urgences hospitalières, le recours des usagers à leur service est tout à la fois motivé par la permanence de l'accès aux soins, la présence de plateaux techniques sur place, la dispense d'avance des frais et la possibilité de voir un pédiatre rapidement.

En d'autres termes, les urgences de l'hôpital vous accueillent sans rendez vous à toute heure quel que soit le jour. Si nécessaire, des actes diagnostics d'imagerie et de biologie pourront être réalisés sur place dans l'heure. Le recours éventuel à un avis de spécialiste pourra être envisagé grâce aux gardes et astreintes mises en place par l'hôpital. Votre prise en charge soignante en soins externes n'est pas subordonnée à la production de justificatifs de couverture sociale, la facture de la part complémentaire étant adressée plus tard.

D'ailleurs, l'accessibilité financière aux soins n'est sans doute pas la dernière variable prise en compte par la population qui considère que l'hôpital public est gratuit. De son côté, la participation des médecins de ville à la PDSA tend à s'éroder en raison de la diminution du nombre de volontaires et de la désertification médicale dans certains territoires. Ainsi, à Chaumont, préfecture de la Haute Marne, cinq médecins de ville n'ont pas été remplacés sur les vingt praticiens présents en 2013. Cette situation n'est pas unique et nouvelle sur le territoire, des départements comme l'Indre ou l'Yonne voyant la disparition de cabinets médicaux faute de relève. La généralisation du tiers payant ne règlera probablement en rien l'absence de permanence des soins ambulatoires assurée volontairement par les praticiens libéraux. Le « Pacte territoire-santé » prévu par la loi de santé est certes censé y remédier. Mais on peut douter des nouvelles mesures incitatives qu'il pourrait comprendre tant les précédentes se sont jusqu'à présent révélées peu efficaces. Si la pratique du tiers payant par les praticiens libéraux peut être une réponse à l'encombrement des services d'urgence hospitaliers, il est peu vraisemblable que les usagers se tourneront très significativement vers le généraliste en ville pour les raisons pratiques évoquées plus haut, et ce malgré la dispense d'avance de frais. Au final, le tiers payant généralisé pourrait même accentuer les inégalités territoriales d'accès aux soins, les grandes villes voyant s'améliorer les possibilités de recours aux généralistes, alors même que les territoires ruraux continueraient à rencontrer de réelles difficultés d'accès aux soins pour tous.

(5) Cour des comptes. Sécurité sociale 2014. Chapitre XII. La permanence des soins. Septembre 2014.

(6) Cour des comptes. Sécurité sociale 2013. Septembre 2013. Page 337.

TERRITOIRES

Le CPOM à visée territoriale, un levier pour la mise en œuvre du PRS



Agnès Caradec-Useo,
Responsable du département
planification de l'offre de soins
Pôle Etablissements de santé
à l'ARS Ile-de-France

Anne-Jil Dupouy,
Responsable de
la contractualisation
avec les établissements
de santé à l'ARS Ile-de-France

Adèle Nicolas,
Responsable du suivi
des financements
des établissements de santé
à l'ARS Ile-de-France

Inspirée par le concept de « New Public Management », la contractualisation se développe dans l'action publique. Le secteur hospitalier est concerné et voit se multiplier l'utilisation du mode contractuel dans le but d'instaurer plus de pragmatisme dans la poursuite d'une plus grande efficacité. Il s'agit d'une opportunité pour ce secteur d'aboutir à une régulation « de terrain », où les acteurs, par un partage des enjeux et une négociation des solutions, peuvent s'adapter aux spécificités des territoires et aux évolutions permanentes de l'environnement. En complément de procédures plus unilatérales comme l'attribution d'autorisations d'activités ou de financements, la loi fournit aux ARS par la contractualisation un outil de pilotage de proximité. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en constitue un exemple dans le cadre de la mise en œuvre du PRS.

Le PRS, cadre de référence en vue d'un pilotage unifié de la transformation de l'offre de santé au plus près des territoires

Elément clé de la transformation et du découplage de l'organisation du système de santé, le *Projet Régional de Santé* (PRS) définit les orientations stratégiques de l'ARS et fixe le cadre de référence de ses actions pour cinq ans en vue d'un pilotage unifié de la politique régionale de santé.

En cohérence avec le *Plan Stratégique Régional de Santé* (PSRS) qui a préalablement défini les objectifs et priorités de santé de la région, le PRS⁽¹⁾ est composé de trois schémas opérationnels (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation médico-social et schéma régional d'organisation des soins) et de quatre programmes transversaux de santé (télémédecine, gestion du risque (GDR), accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)) qui déclinent cette stratégie régionale, avec comme fil conducteur les objectifs communs :

- d'adapter l'offre de santé aux changements en cours et à venir liés notamment à une période de transition épidémiologique (augmentation importante des maladies chroniques et vieillissement de la population), à la raréfaction des ressources médicales et paramédicales, à l'évolution des techniques et aux contraintes financières imposées par la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ;
- d'organiser, au plus près des besoins de la population et en fonction des spécificités territoriales, un parcours de santé structuré, lisible et accessible permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin (ambulatoire et hospitalier) et la prise en charge médico-sociale,
- d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

Un des enjeux majeurs consiste par conséquent à redéfinir et à rééquilibrer le positionnement des acteurs de santé au sein des territoires. La régulation de l'offre

(1) PRS, issu de la loi HPST, actuellement en vigueur. En Ile-de-France, le PRS a été arrêté en décembre 2012. Le schéma régional d'organisation des soins (dans ses parties ambulatoire et hospitalière) vient d'être révisé en mars 2015.

Dans le cadre de la nouvelle loi de santé, il est question de fusionner dans un seul et unique schéma d'organisation les 3 schémas opérationnels schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins (SROS), et schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) dans un souci de découplage et de transversalité.

de santé doit désormais répondre aux nouveaux besoins, dans une logique de continuité des parcours.

Les établissements de santé doivent participer à cette mutation en anticipant le défi lancé par l'évolution des prises en charges. L'hôpital doit être un acteur de ce changement en adaptant sa mission et en développant les liens avec les différents professionnels et institutions du champ sanitaire, social et médico-social. Les coopérations territoriales sont aujourd'hui indispensables pour valoriser les ressources et les compétences au sein des territoires et garantir une offre de santé adaptée et pérenne à la population.

Un des enjeux majeurs consiste par conséquent à redéfinir et à rééquilibrer le positionnement des acteurs de santé au sein des territoires.

Les principaux leviers de déclinaison des orientations du PRS : le CPOM, support privilégié de la mise en œuvre à l'échelle des établissements de santé

La mise en œuvre opérationnelle du SROS-PRS dans sa partie hospitalière s'effectue à l'aide des principaux leviers d'action que sont les *autorisations d'activités* de soins et d'équipements matériels lourds, *l'allocation de ressources* et la *contractualisation*.

- **La gestion des autorisations, mission régalienne du DGARS**, est une des étapes du processus de planification sanitaire dont le principal outil est le schéma régional d'organisation des soins ; elle revêt une importance stratégique et participe à la mission de régulation et de restructuration de l'offre.

Les textes prévoient une phase de consultation dans le cadre de l'instruction des nouveaux projets ; ainsi l'ARS inscrit son action dans une démarche de démocratie sanitaire. Toutefois, en matière d'autorisation, le Directeur Général de l'ARS n'est pas lié par le contenu des avis rendus par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins et conserve la pleine liberté de la décision finale⁽²⁾. Il s'agit d'une procédure codifiée, avec des contraintes importantes, correspondant à un pilotage strict et unilatéral des implantations fixées dans le schéma.

- **Le pilotage financier et l'attribution des moyens (dont le fond d'intervention régional (FIR))** : l'ARS accompagne le redressement des établissements de santé confrontés à des difficultés financières majeures, en prenant en compte l'origine souvent multifactorielle de cette situation (positionnement territorial, stratégie médicale, gouvernance, etc.). La situation financière et les limites de la capacité à investir placent les établissements sous une forte contrainte à faire évoluer leurs périmètres d'activité. Le FIR permet d'accompagner les établissements lors des phases de transition quand ils s'engagent dans l'adaptation de leur offre.

Ces deux leviers doivent pouvoir s'articuler avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), support privilégié du dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements de santé, levier de déclinaison à l'échelle des établissements du contenu du PRS en vue de la mise en œuvre opérationnelle des orientations régionales.

- **Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens** : conclu pour une durée maximale de cinq ans, le CPOM permet la déclinaison, par objectifs et par actions négociés entre les parties, des orientations du projet régional de santé et notamment du schéma régional de l'organisation des soins (SROS).

Défini par les articles L 6114-1 et suivants et D 6114-1 et suivants du Code de la Santé Publique, cet outil bilatéral porte sur l'ensemble des champs d'intervention des établissements de santé et autres titulaires d'autorisations sanitaires.

Il convient de distinguer :

- **La partie réglementaire ou administrée du CPOM** : inscription obligatoire au CPOM, en plus du socle contractuel (articles régissant la vie du contrat), des

(2) En Ile-de-France, la grande majorité des avis de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) chargée d'émettre des avis sur les demandes d'autorisation est suivie par le DGARS (en 2014, 97 % des avis de la CSOS ont été confirmés par une décision du DGARS).

TERRITOIRES

éléments indispensables au fonctionnement de la structure qui relèvent de procédures réglementées d'attribution :

- les missions de service public,
- les autorisations,
- les reconnaissances contractuelles,
- les financements.

• **Les engagements contractuels négociés** visent à garantir une visibilité pluriannuelle sur les axes stratégiques prioritaires et les objectifs cibles de l'établissement et à guider la transformation des organisations sur 5 ans en vue de la concrétisation des orientations du PRS : positionnement dans la structuration de l'offre de soins territoriale, développement des coopérations et des synergies, projet médical territorialisé, coordination des parcours de santé avec l'offre ambulatoire et médico-sociale, virage ambulatoire, articulation ville-hôpital, recours à l'HAD, contribution à l'efficacité des pratiques, des organisations et des dépenses hospitalières...

La démarche suppose un temps d'échange privilégié entre l'ARS et les établissements, après un diagnostic partagé, le but étant d'aboutir à un accord sur des engagements priorités, réalistes et évaluables.

La démarche suppose un temps d'échange privilégié entre l'ARS et les établissements, après un diagnostic partagé, le but étant d'aboutir à un accord sur des engagements priorités, réalistes et évaluables.

L'articulation du CPOM avec les autres contrats en vigueur

Si le CPOM est le point central dans les relations contractuelles entre l'ARS et les établissements de santé, ces derniers peuvent avoir à conclure avec l'Agence d'autres contrats qui contiennent des clauses générales différentes de celles du CPOM (durée, signataires, pénalités) :

- le *Contrat de Bon Usage du Médicament et des Produits et Prestations (CBUMPP)*,
- le *Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) et les Plans de Retour à l'Equilibre Financier (PREF)*,
- le *contrat de performance*,
- le *Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS)*,
- le *contrat télémedecine*,
- le *CPOM médico-social*...

Par ailleurs, l'ARS a engagé, dans le but de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, une démarche de contractualisation partenariale qui vise à mettre en cohérence les orientations du PRS et les démarches locales de santé existantes. L'outil déployé dans ce but est le *Contrat Local de Santé (CLS)*. Les établissements de santé peuvent y participer en tant que partenaires en s'engageant dans la mise en œuvre de certaines actions ou dans la mise à disposition de ressources.

Les différents documents contractuels doivent s'articuler pour permettre une cohérence d'ensemble et favoriser le pilotage unifié de la politique régionale de santé visé dans le PRS.

Un axe stratégique pour l'ARS Ile-de-France : « CPOM à visée territoriale »

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens passé entre l'ARS et un établissement de santé n'est pas un contrat au sens « classique » du terme, c'est-à-dire tel qu'on pourrait l'entendre entre acteurs économiques privés. Il est régi par le Code de la Santé Publique (Articles L6114-1 et suivants) qui en définit les signataires, le contenu, la durée, les modalités d'évaluation et de sanction. La circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 fournit en complément un guide pour l'élaboration des CPOM dans lequel on trouve mis en avant le dialogue de gestion entre les parties mais où est aussi proposé un certain cadre en matière de thématiques, d'objectifs et d'indicateurs sur lesquels cibler la

contractualisation. Nombre de textes (règlementation, décrets, circulaires...) mais aussi le SROS-PRS mentionnent également la contractualisation, voire précisément le CPOM, comme levier pour la mise en œuvre de telle ou telle mesure (télémédecine, qualité de vie au travail, recours à l'HAD...) dans les établissements, sous l'impulsion de l'ARS.

Face à cet empilement d'attentes, comment la contractualisation endosse-t-elle alors la lourde charge de favoriser une certaine mise en œuvre des améliorations attendues ? A bien y regarder, cet outil, certes règlementé, laisse aux ARS qui le souhaitent, une grande marge de manœuvre quant à sa déclinaison pratique. Par sa nature même, le mode contractuel permet la négociation, l'adaptation, l'accord partagé entre les parties. Les précédents CPOM ont eu pour écueil le manque de priorisation aboutissant souvent à une énumération d'objectifs et d'indicateurs plus ou moins mesurables et jamais évalués (c'était le cas en Ile-de-France où les CPOM de la période 2007-2012 contenaient facilement plus de 100 indicateurs). Des choix sont nécessaires. En Ile-de-France, la direction générale de l'ARS a décidé d'en faire un outil de pilotage du rôle de l'hôpital dans son territoire. Sous le nom « CPOM à visée territoriale », c'est devenu à partir de 2013 une démarche stratégique de l'agence pour marquer d'une certaine manière le dépassement de l'obligation « administrative » qu'a l'ARS de signer un CPOM avec chaque titulaire d'autorisations. Il est devenu l'outil support à l'animation territoriale conduite par l'agence et principalement par ses délégations territoriales.

A bien y regarder, cet outil, certes règlementé, laisse aux ARS qui le souhaitent, une grande marge de manœuvre quant à sa déclinaison pratique.

Appropriation des acteurs franciliens de l'outil de contractualisation

Un comité de pilotage rassemblant l'ARS et les organismes représentant les établissements de santé et libéraux (FHP, FEHAP, FHF, URPS Médecins, URIOPSS) a permis d'établir la méthodologie de contractualisation des CPOM et continue d'en suivre la mise en œuvre 3 ans après sa constitution. C'est avec la contribution et le soutien de ces membres que l'ARS Ile-de-France s'est donnée les moyens d'en faire un outil lisible et dont les premiers résultats sont encourageants.

Le PRS francilien pose le défi de l'organisation, de la coordination, voire de l'intégration territoriale des soins. Les établissements de santé doivent être force de proposition dans cette démarche de contractualisation. Clarifier la question de la négociation de moyens (en particulier financiers) au travers du CPOM fut un préalable à une vision partagée. Il a donc été très tôt énoncé qu'aucun moyen ne serait négocié dans le cadre des CPOM. Le choix s'est porté sur un outil de discussion des objectifs stratégiques. Cela ne veut pas dire qu'aucun lien n'est fait avec les moyens ou que ceux-ci n'existent pas et nous revenons plus bas sur cette question pour en expliciter l'articulation. A partir du moment où nous devons convaincre de l'intérêt de la démarche en l'absence de financement, il devenait évident que le dialogue sur les enjeux respectifs de chaque partie et sur la capacité ou non de chacun à y contribuer ne pouvait pas se faire par un acte unilatéral, c'est-à-dire dans une approche descendante et dogmatique de la contractualisation. Il a donc été décidé qu'il n'y aurait aucun engagement obligatoire ou systématique et que chaque contrat porterait les engagements de l'établissement spécifiquement convenus entre les parties. Le principe a été retenu de limiter le nombre d'engagements de 3 à 10 seulement par contrat de façon à n'inscrire au CPOM que les priorités stratégiques retenues à l'issue du diagnostic et de la négociation, qui pourront alors faire l'objet d'un véritable suivi et ainsi éviter les écueils de la contractualisation de 2007.

Le découpage territorial en support aux analyses

A juste titre, la dominance de la dimension territoriale donnée à ces CPOM a soulevé la question du découpage des territoires. Par exemple, encore en juillet 2014 lors d'une réunion du comité de pilotage le représentant de l'URPS interrogea l'agence

TERRITOIRES

S'il est nécessaire de se doter d'outils de mesure et de représentation, il est cependant apparu essentiel d'adapter nos supports d'analyse aux activités observées.

quant à l'opportunité de formaliser des projets médicaux de territoire auxquels l'URPS serait favorable. Le représentant de la FHF, s'il indiqua que la FHF y serait également favorable à terme, rappela qu'en faire un prérequis aurait impliqué que les infra-territoires soient définis, et que, dans cette attente, la négociation de CPOM « à visée territoriale » avait été jugée être un compromis préférable par le COPIL CPOM pour enclencher au plus tôt ces discussions avec les opérateurs.

En effet, l'ARS Ile-de-France a fait le choix à sa création, comme beaucoup d'ARS, de définir les frontières de ses territoires (tels que voulus par la loi HPST) en suivant celles des départements. Mais selon qu'on traite du parcours de prise en charge des AVC ou des personnes âgées, le maillage territorial s'entendra dans le premier cas au niveau du bassin de population pris en charge par l'UNV de territoire (qui peut-être le département) ou dans le deuxième cas sur la zone d'intervention de la MAIA⁽³⁾ (qui couvre généralement quelques communes du département). Enfin, l'ambition de sortir d'une approche « hospitalo-centrée » et d'articuler mieux l'hôpital avec les opérateurs de la médecine de ville et du médico-social nécessite de prendre en compte les cartographies et logiques territoriales que les seuls flux de patients calculés à l'aide des codes postaux des patients contenus dans le PMSI (zone d'attractivité) ne peuvent refléter complètement. S'il est nécessaire de se doter d'outils de mesure et de représentation, il est cependant apparu essentiel d'adapter nos supports d'analyse aux activités observées. L'ARS Ile-de-France s'est ainsi équipée d'un logiciel de cartographie et de personnes formées à son utilisation. Les acteurs hospitaliers peuvent aussi se référer aux sources de données existantes : implantation des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, zones d'intervention des réseaux, secteurs gérontologiques, données de transferts observées dans ViaTrajectoire⁽⁴⁾ ... A noter que ces analyses transversales ne peuvent se conduire sans une approche médicale et sociale des parcours de santé.

La logique de priorisation retenue tend alors à encourager la contractualisation d'engagements à visée territoriale, c'est-à-dire prenant en compte les contraintes et opportunités locales. Pour cela, l'ARS conduit simultanément les négociations de plusieurs établissements d'une même zone géographique de sorte à favoriser le croisement des enjeux et l'identification de solutions partagées.

Articulation des Moyens avec les Objectifs dans le temps

Les engagements négociés puis contractualisés entre l'établissement et l'ARS fixent les évolutions attendues par établissement pour optimiser son positionnement et son fonctionnement dans une logique territoriale et de parcours renforcée. Cette « cible » définie par les objectifs du CPOM ne comprend pas nécessairement les étapes pour y arriver. L'animation de proximité réalisée généralement par les délégations territoriales de l'ARS consiste ainsi à accompagner l'établissement jusqu'à sa « destination », en l'aidant à anticiper les obstacles, comme à saisir les opportunités.

Si la négociation du CPOM se limite quasi exclusivement aux objectifs, ce n'est pas tant parce qu'il n'existe pas de moyens que parce que ces moyens relèvent de procédures d'attribution

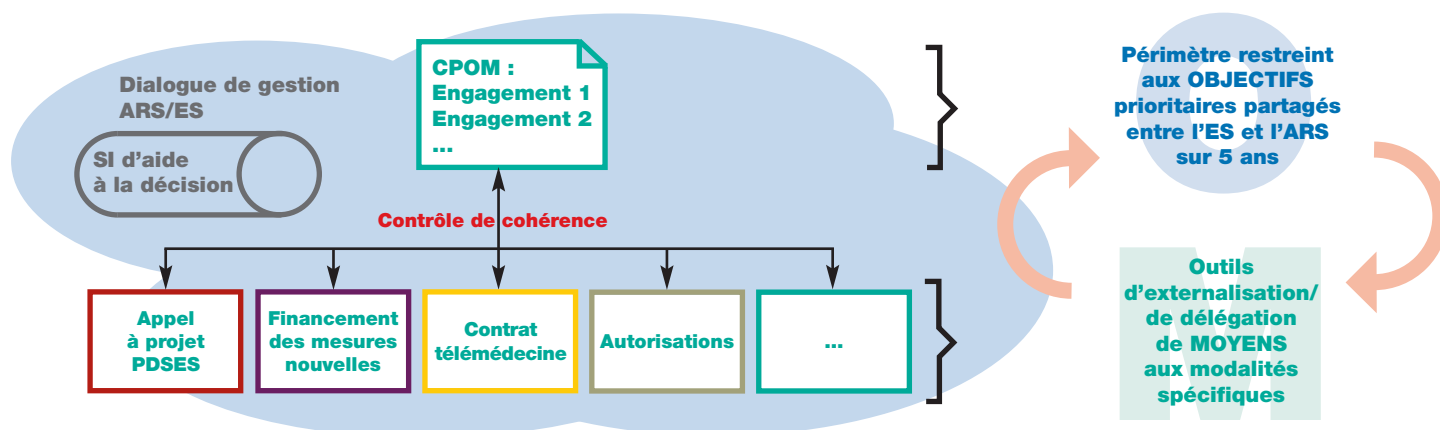
qui leur sont propres (mise en concurrence des autorisations, annualité des campagnes tarifaires et budgétaires des établissements de santé en lien avec les objectifs ONDAM votés au sein des PLFSS ...). Ces moyens ne peuvent donc pas être négociés de manière bilatérale, établissement par établissement. Comme le montre le schéma page 25, il s'agit ainsi pour l'agence de mettre en cohérence, dans le temps, ces moyens avec les objectifs prioritaires définis par le CPOM.

Les objectifs ainsi contractualisés doivent bien entendu tenir compte de l'historique de chaque établissement et s'adapter, le cas échéant par avenant, aux évolutions qui conditionnent leur réalisation. Le caractère évolutif du contrat est essentiel à l'accompagnement du dialogue de gestion.

L'animation de proximité réalisée généralement par les délégations territoriales de l'ARS consiste ainsi à accompagner l'établissement jusqu'à sa « destination », en l'aidant à anticiper les obstacles, comme à saisir les opportunités.

(3) Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

(4) ViaTrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose aux particuliers, aux médecins libéraux, aux professionnels hospitaliers et du secteur médico-social une aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile, en unité de soins de longue durée ou en structure d'hébergement pour personnes âgées via internet.



Rôle de la contractualisation dans le pilotage des ressources

Le contexte économique et les réformes des dix dernières années tendent à transformer les fonctions du régulateur. En matière de pilotage financier, l'ARS voit sa fonction d'allocation de ressources tendre vers une gestion de plus en plus contrainte des enveloppes budgétaires et vers un accompagnement très rapproché des établissements en difficultés financières (gestion de la dette et encadrement du recours à l'emprunt pour certains, soutien en trésorerie les plus critiques, mise en œuvre et suivi des plans de retour à l'équilibre, incitation aux coopérations et regroupements d'activités sanitaires...). La mise en place à partir de 2004 de la tarification à l'activité en MCO mais aussi le changement de procédure budgétaire en 2006 avec l'EPRD/PGFP ont grandement contribué à cette bascule. Bien que la création du Fonds d'Intervention Régional (FIR) en 2012 confère aux ARS la possibilité de financer des mesures dans une approche plus transversale et en support aux orientations régionales, les règles qui encadrent la délégation de ce fonds limitent la marge de manœuvre des ARS. En effet, le mécanisme de fongibilité asymétrique ⁽⁵⁾, les crédits fléchés, ceux sanctuarisés, leur non reconductibilité et le mécanisme de mise en réserve, jamais restitué lors des précédentes campagnes, rendent les crédits disponibles pour le soutien aux actions menées par les établissements de santé de moins en moins importants chaque année. A titre d'illustration, en Ile-de-France, les dotations disponibles, soit non affectées, pour les établissements de santé (FIR, DAF et MIGAC) ont diminué de 20 % entre 2013 et 2014. Si l'ONDAM Etablissements de santé, le budget national du FIR et l'ODMCO continuent d'augmenter chaque année, il s'agit de maîtriser la dynamique de la dépense en contraignant sa progression sur les années à venir.

En matière de pilotage financier, l'ARS voit sa fonction d'allocation de ressources tendre vers une gestion de plus en plus contrainte des enveloppes budgétaires et vers un accompagnement très rapproché des établissements en difficultés financières.

Cette contrainte budgétaire a pour conséquences, d'une part d'inciter à une plus grande transparence quant aux choix d'attribution des financements (via des appels à projet par exemple), et d'autre part de remettre au premier plan la stratégie (rationalisation des choix). En cela, la contractualisation constitue un levier intéressant pour l'ARS qui sait en faire un outil de priorisation, de mise en cohérence et d'évaluation de ses actions. La contractualisation permet la rencontre des intérêts de la région et de chaque acteur, et ainsi de dépasser l'acte unilatéral. Soit l'ARS, dans son projet régional de santé a identifié un besoin non couvert (développement des équipes mobiles par exemple) et va contractualiser (via le CPOM ou un contrat ad-hoc) avec les promoteurs retenus à l'issue d'une mise en concurrence des candidatures, de l'examen comparatif des mérites respectifs,

(5) Il s'agit d'un mécanisme qui permet de transférer des ressources issues de l'Assurance Maladie pour financer des actions de prévention, de santé publique et médico-sociales, prévu dans les articles instituant le FIR. Elle est dite « asymétrique » puisque ce transfert ne peut être fait que dans un sens unique : de l'assurance maladie, rémunérant essentiellement les établissements de santé, aux crédits Etat et de la CNSA.

TERRITOIRES

d'une négociation éventuelle sur les modalités de mise en œuvre. Dans ce cas l'agence est prescriptrice. Soit l'établissement, dans son projet d'établissement a prévu de faire évoluer son activité (développement des prises en charge en hôpital de jour en substitution à l'hospitalisation complète par exemple) et va contractualiser avec l'ARS (via le CPOM en particulier) après un diagnostic partagé qui aura permis de valider cet objectif comme prioritaire à 5 ans au regard des enjeux des deux parties. Dans ce cas l'ARS est souscriptrice. Dans ces deux cas, les moyens que l'ARS peut apporter en soutien à l'établissement sont divers : conseils, autorisation d'exercer une activité (et donc généralement de la facturer à l'Assurance Maladie), reconnaissance, financement régional. La nature et les modalités de recours à ces moyens varieront selon les ressources disponibles et les programmes d'action de l'agence. Il paraît ainsi souvent difficile aux établissements et à leurs équipes de connaître et donc d'avoir accès à ces aides. C'est pourquoi la proximité et l'accessibilité du régulateur est essentielle pour accompagner les opérateurs dans leur cheminement. La démarche de contractualisation des CPOM en Ile-de-France, animée par les délégations territoriales, se veut être un « tamis » et constitue ainsi une chance pour le pilotage stratégique.

L'évolution de l'ONDAM prévue (+ 2,1 % en 2015, + 2 % en 2016 et + 1,9 % en 2017) devrait se traduire par une baisse sans précédent de la progression des dépenses allouées aux établissements de santé. Un effort d'économie de 3 milliards

**Les établissements et les ARS
sont ainsi incités à travailler
ensemble pour déterminer
les meilleures stratégies d'obtention
de ces économies.**

d'euros a été annoncé par la ministre en février dernier. Pour sa mise en œuvre, un plan triennal prévoit le déploiement de mesures coordonnées par l'Assurance Maladie et les ARS, avec l'appui de l'ANAP. Parmi celles-ci, plusieurs s'inscriront dans une démarche de négociation et de contractualisation avec des établissements préalablement ciblés à partir des données disponibles. Il s'agit par exemple du développement de la chirurgie ambulatoire (en substitution aux prises en charge en hospitalisation complète), de la mutualisation des achats, de l'évolution des dépenses de médicaments et de transports sanitaires. Ces mesures ne sont pas nouvelles mais l'obligation de résultats devrait prendre le pas sur l'obligation de moyens qui prévalait jusqu'à aujourd'hui. Les établissements et les ARS sont ainsi incités à travailler ensemble pour déterminer les meilleures stratégies d'obtention de ces économies. La publication des tarifs 2015 des GHS et suppléments (-2,5 % pour les ex-OQN et -1 % pour les ex-DG) prouve que les établissements sont directement responsabilisés sur l'atteinte de ces objectifs puisque c'est leur équilibre financier qui est en question s'ils ne trouvent pas, avec l'aide du régulateur ou seuls, les marges de manœuvre nécessaires. L'expérience montre cependant que dans ce secteur le temps de l'adaptation des organisations dépasse souvent 3 ans et on peut s'interroger sur les réponses qui seront apportées aux inévitables difficultés qui aboutissent pour les cas les plus extrêmes à des tensions en trésorerie, alors même que les ressources disponibles se réduisent tant sur le plan national que régional.

Rédigé le 10 avril 2015

Etablissements isolés, établissements de proximité : quelles sont les difficultés ? quelles sont les perspectives ?

Comme prévu dans la Loi de Financement de la sécurité sociale pour 2014, un dispositif spécifique de financement dérogatoire a été mis en place pour les établissements isolés géographiquement. L'arrêté du 4 mars détaillant les règles d'éligibilité fournit une liste de 63 établissements devant bénéficier de ce dispositif de financement en 2015⁽¹⁾.

Mais les problèmes de ces établissements sont-ils seulement budgétaires ? Est-ce qu'il y a équivalence entre la notion d'établissement isolé et celle d'établissement de proximité ? Ces établissements sont-ils nécessaires à un maillage optimal de l'offre de soins hospitaliers ? Comment garantir leur pérennité s'il est jugé que leur maintien est indispensable ? Voilà quelques-unes des questions que pose cette évolution du « modèle T2A », questions qui par ailleurs reviennent régulièrement dans l'actualité hospitalière, lorsque les élus et certains de leurs concitoyens veulent « défendre » leur hôpital menacé de fermeture.



Roland Cash

Les établissements ayant des activités de soins isolées

La problématique du financement des « établissements isolés » a été posée dès le début des réflexions sur la réforme tarifaire, que ce soit pour les petits centres hospitaliers ou les ex-hôpitaux locaux non soumis à la tarification à l'activité mais amenés à y être. L'hypothèse intuitive est qu'un faible volume d'activité, qui est le lot de nombreux de ces établissements, met en péril leur équilibre économique, ce qui constitue un problème potentiel dans l'accessibilité aux soins et la structuration de l'offre de soins de proximité.

Lorsqu'en 2003, une première analyse du problème a été menée, il n'avait pas été trouvé de corrélation entre une situation isolée et des difficultés financières ; mais cette observation était faite à l'époque de la dotation globale ; il subsistait le risque de voir cette situation financière se dégrader si l'activité ne permettait pas de couvrir les charges. Mais un autre argument avait prévalu pour ne pas prévoir de dispositif particulier pour ces établissements : la plupart des établissements isolés identifiés alors étaient engagés dans des opérations de coopération ou de restructuration (ou les deux), ou, plus fréquemment, l'ARH souhaitait qu'ils s'y engagent. Cette orientation paraissait la meilleure solution pour prendre en compte les spécificités de ces établissements.

En 2013, la DGOS et l'ATIH ont repris le dossier et réalisé des études plus approfondies, avec l'accompagnement de consultants, sur la définition même de l'isolement d'un établissement de santé, sur la relation entre cet isolement et la situation budgétaire, sur la façon de résoudre les éventuelles difficultés financières sans remettre en cause le travail des ARS sur la planification de l'offre de soins et les fameuses restructurations.

Ces réflexions ont donc abouti à un article de la LFSS 2014 et à la récente publication d'un décret et d'un arrêté décrivant le mécanisme. Ces textes définissent les critères de l'isolement géographique (qui sont cumulatifs) :

(1) Voir Finances Hospitalières n°90 d'avril 2015, article de J.C. Delnatte.

(2) Alors qu'il ne s'agit que de fermer une unité, de chirurgie ou d'obstétrique, et qu'eux-mêmes n'iraient pas s'y faire hospitaliser.

TERRITOIRES

1. Dans le territoire constitué par les points situés à 45 minutes (ou moins) de trajet par la route, la somme des séjours MCO des autres établissements présents est inférieure à 10 000 séjours.

2. La durée du trajet routier en automobile entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité est supérieure à :

- 60 minutes pour la médecine ou la chirurgie ;
- 45 minutes pour l'obstétrique ;
- 30 minutes pour les urgences.

Ces durées sont communément calculées par l'IGN et l'INSEE.

3. Pour l'activité d'obstétrique, en outre, la part de marché de l'établissement doit être supérieure à 40 % de l'activité produite dans sa zone d'attractivité.

4. La densité de population de la zone d'attractivité de l'établissement (définie comme l'ensemble des communes de résidence des patients représentant au moins 80 % de l'activité globale de l'établissement), n'excède pas 80 habitants par kilomètre carré (correspondant à la médiane de la densité de population par département).

Pourquoi prévoir des financements complémentaires pour ces établissements ? L'argumentation principale est basée sur l'observation que, du fait de l'isolement, dans des zones à faible densité de population, l'activité peut ne pas atteindre le

seuil critique, à savoir le point-mort pour que les recettes couvrent les charges, alors que leur maintien est nécessaire au regard de l'organisation des soins hospitaliers. Un financement complémentaire ne se justifie cependant que si l'ARS considère en effet ce maintien indispensable. Que font d'ailleurs les ARS face à de telles situations, où des déficits quasi structurels de

Pourquoi prévoir des financements complémentaires pour ces établissements ?

1 ou 2 millions d'euros par an sont observés pour un établissement ? La plupart du temps, elles utilisent les aides à la contractualisation pour compenser ces pertes, à titre souvent non reconductible mais la mesure est reconduite l'année suivante... Dans ce contexte, les textes réglementaires récents prévoient un « forfait annuel activité isolée », calculé en fonction de l'écart entre l'activité de l'établissement par rapport au point-mort de l'activité considérée, estimé par un calcul normatif national (ces forfaits sont donnés dans l'arrêté tarifaire du 4 mars, pour les établissements ex-DG d'une part, les établissements ex-OQN d'autre part). Ces calculs de points-morts donnent les seuils suivants :

- 1 800 séjours pour la médecine ;
- 2 000 séjours pour la chirurgie ;
- 1 200 accouchements pour l'obstétrique ;
- 11 000 passages non suivis d'hospitalisation pour les urgences.

Autrement dit, il est assumé (et un calcul basé sur les charges minimales de personnels nécessaires pour faire fonctionner ces activités permet de le confirmer) qu'en-dessous de ces seuils, l'établissement ne peut pas équilibrer les charges par les recettes (sauf à disposer de moins de personnel que ce que l'usage voudrait, ce qui se rencontre en raison notamment de l'existence de postes vacants). Ces seuils ne doivent cependant pas être considérés comme universels ; les points-morts peuvent varier autour de ces valeurs en fonction des modalités d'organisation des établissements et du case-mix, mais ils donnent les ordres de grandeur.

On peut observer que la faible activité peut être en grande partie liée à l'isolement mais est aussi très souvent liée au fait que les patients préfèrent se rendre dans l'établissement de référence, quitte à prendre la route pour un trajet de 30 à 45 minutes, ce qui n'est pas hors de portée. De fait, les parts de marché des établissements isolés sur leur territoire sont souvent faibles, rendant le discours sur la nécessité de leur maintien plus fragile, au moins dans certaines disciplines. Ceci dit, au regard des critères, certains établissements sont considérés comme isolés et figurent dans la liste de la DGOS, mais ont une forte activité hospitalière et ne devraient bénéficier du forfait qu'à la marge, au titre de l'obstétrique notamment, le point-mort de 1 200 accouchements étant de fait un seuil élevé. C'est le cas par exemple des CH étant au-dessus de tous les seuils sauf en obstétrique : sont dans cette situation, avec plus de 800 accouchements, les CH

de Laon, d'Auch, du Puy, de Verdun, de Bergerac, de Vesoul, de Manosque, avec la particularité du CH de Rodez qui figure dans la liste des établissements isolés de l'arrêté alors qu'il est au-dessus de tous les seuils.

De nombreux autres établissements ont une activité inférieure aux « seuils critiques »

En interrogeant Hospidag, on constate que de nombreux établissements sont en-dessous des points-morts définis plus haut, sans être isolés, relativisant la problématique de la faible activité.

En effet, en médecine, on compte 473 établissements avec une activité de médecine (mesurée à partir du nombre de RSA) entre 100 et 1 800 séjours en hospitalisation complète (sur un total de 1 149 établissements, au sens juridique, réalisant plus de 100 RSA de médecine). Seulement 15 des 473 établissements sont dans la liste des établissements isolés (mais ils ne sont pas forcément sur cette liste au titre de la médecine).

Pour ce qui concerne les urgences, 125 établissements ont un nombre d'ATU inférieur à 11 000 dans Hospidag 2013, sur 570 établissements recensés ayant une activité d'accueil des urgences. 29 de ces établissements sont dans la liste des établissements isolés.

En chirurgie, de même, parmi les 968 établissements ayant au moins 100 actes chirurgicaux, on en compte 164 qui en ont moins de 2 000. 20 de ces établissements figurent sur la liste des établissements isolés.

En obstétrique, sur 522 établissements recensés en 2013 avec une activité d'accouchement au-dessus de 100, on trouve :

- 12 établissements qui en ont moins de 300 (le seuil fatidique !), à commencer par le CH de Die, la plus petite maternité de France, avec 137 accouchements, récemment pointé du doigt par la Cour des Comptes ;
- 125 qui ont entre 300 et 800 accouchements ;
- 119 qui ont entre 800 et 1 200 accouchements ;
- 266 qui ont plus de 1 200 accouchements (rappelons que sont comptées ici les entités juridiques).

Aussi, avec un seuil de 1 200 accouchements, on ne peut que constater que de nombreux établissements sont concernés par la « faible activité ».

42 des établissements de la liste des établissements isolés figurent dans cette liste des maternités de moins de 1 200 accouchements (rappelons que cela ne signifie pas forcément qu'ils sont dans cette liste au titre de la maternité).

La Cour des comptes vient justement de produire une analyse approfondie des maternités en France et conclut ainsi : « La plupart des maternités sont aujourd'hui dans une situation financière délicate. Les établissements ont été confrontés à un effet de ciseau entre une structure des coûts alourdie, notamment par les normes de personnels et de locaux mises en place par les décrets du 9 octobre 1998, et des tarifs qui sont restés fondés sur des coûts historiques et sont globalement sous-évalués. Cette situation est cependant largement la résultante d'un manque d'efficacité global du dispositif de prise en charge de la maternité, qui conduit à en majorer les coûts. La durée moyenne de séjour reste plus élevée que chez nos voisins, alors même que les maternités connaissent pour une part importante d'entre elles une sous-occupation importante, notamment les plus petites. » ; et la Cour des comptes, rappelant en outre l'existence de problèmes de recrutement médical qui ne vont faire que s'aggraver dans l'avenir, appelle de ses vœux « une nouvelle étape inévitable et nécessaire de réorganisation dans les années à venir qui doit être pilotée de façon active par les pouvoirs publics ».

La plupart des maternités sont aujourd'hui dans une situation financière délicate.

On voit donc dans ce panorama que les établissements isolés ne sont pas les seuls à rencontrer des problèmes. Mais dès lors qu'il est admis qu'un établissement qui a une activité en-dessous des points-morts est structurellement déficitaire, ne faudrait-il pas prévoir un forfait pour tous ces établissements, pas seulement ceux qui sont isolés ? La réponse est dans les faits négative, et en effet, on peut considérer qu'un établissement ayant une faible activité dans une zone suffisamment dotée en offre hospitalière pose avant tout un problème de compétitivité insuffisante

TERRITOIRES

et que cette activité, faible, devrait être stoppée ou regroupée avec celle d'un autre établissement du territoire, dans le cadre d'une coopération par exemple. A dire vrai, au sein de la liste des établissements isolés établie par la DGOS, on trouve aussi des établissements isolés que la géographie permettrait de rapprocher par une coopération. Le cas emblématique est celui des CH de Millau et St Affrique, tous deux dans la liste des établissements isolés, distants de 30 km (40 minutes par la route), et pour lesquels la situation reste bloquée, malgré de nombreuses années de discussions et de manifestations. D'autres exemples similaires existent.

Le forfait pour établissements isolés va-t-il régler tous les problèmes ?

La difficulté essentielle porte sur le recrutement médical.

Ce serait trop beau qu'une simple mesure budgétaire permette d'aplanir des problèmes complexes. Et en l'occurrence, sans nier l'existence du problème budgétaire, les principaux problèmes de ces établissements sont ailleurs (du reste, ces établissements sont de façon chronique en déficit, et aucun ne ferme pour autant).

La difficulté essentielle porte sur le recrutement médical. Les spécialistes pour lesquels ces difficultés sont les plus fréquentes sont les urgentistes, les anesthésistes, les pédiatres, les gynécologues obstétriciens, les radiologues et les chirurgiens, c'est-à-dire les disciplines concernées par le plateau technique.

Les principales causes évoquées par les établissements concernés pour ces difficultés de recrutement sont :

- le manque d'attractivité du bassin de vie de l'hôpital (intérêt, éloignement des grandes villes, faiblesse des réseaux de transports publics, conditions météorologiques parfois difficiles, difficultés pour trouver un emploi pour le conjoint...) ;
- le manque de visibilité sur l'avenir de l'établissement (les professionnels médicaux sont peu enclins à s'engager sur une activité menacée de fermeture à plus ou moins brève échéance) ;
- la faiblesse du plateau technique et la petite taille des équipes en place qui implique de nombreuses gardes ou astreintes, alors que les jeunes diplômés aspirent davantage à rejoindre des plateaux techniques spécialisés et des équipes plus fournies.

Ces difficultés de recrutement se traduisent par un recours massif et coûteux à l'intérim médical, soit pour combler des postes non pourvus, soit pour motif de remplacement, puisqu'au regard de la taille des équipes en place dans ces établissements, la moindre absence doit être remplacée, soit pour assurer la permanence des soins.

Et de fait, les exemples abondent d'établissements où la chirurgie ou la maternité fonctionne avec 1 praticien en poste et des intérimaires plus ou moins réguliers.

Ce type de fonctionnement, bien plus que la situation budgétaire, est de nature à mettre en cause la qualité et la sécurité des soins.

Quelles sont les pistes de solutions ?

Dans ce contexte, les principales solutions mises en œuvre par les établissements pour pallier les difficultés liées à l'isolement géographique reposent sur des coopérations : l'adossement au plateau technique d'un établissement plus important, la mutualisation de certains postes, la constitution d'équipes communes (postes médicaux partagés, mutualisation d'équipes, mutualisation de la permanence des soins), avec souvent direction commune.

Le recours au temps médical partagé permet de renforcer les équipes médicales en place, sur le plan quantitatif et qualitatif, d'élargir le panel de compétences du centre hospitalier isolé et de limiter le recours à l'intérim. Les résultats sont cependant variables selon les établissements : les temps d'accès peuvent être longs, les praticiens peuvent être réticents à passer leur temps sur les routes, et l'établissement auquel s'adosse le centre isolé peut lui-même connaître des difficultés pour recruter des praticiens.

L'intégration de ces établissements dans les communautés hospitalières de

territoire (CHT) est également l'une des solutions avancées. En effet, participer à une CHT favorise la mise en place de filières de soins et donc permet de pérenniser l'offre de soins de proximité. Par ailleurs, les CHT permettent des mutualisations de fonctions administratives, logistiques et techniques et donc une optimisation des charges.

Les solutions de télémédecine, dans le cadre d'une coopération avec un établissement de référence, peuvent aussi être mises à profit dans des cas demandant la mobilisation d'une expertise.

Enfin, certains établissements, avec l'ARS, cherchent des solutions de compromis, en fermant la maternité en faveur d'un centre périnatal de proximité, ou en ne proposant plus que des actes de chirurgie ambulatoire, pour pouvoir fermer l'unité d'hospitalisation complète. Il faut cependant souligner que ces solutions pourtant moins drastiques que la fermeture pure et simple de l'activité se heurtent souvent aux réticences politiques.

L'Association des petites villes de France (APVF) avance par ailleurs des propositions dans un livre blanc en date de mars 2013, dont : la création d'une dotation minimale de fonctionnement (le forfait annuel créé cette année répond donc au moins en partie à cette proposition), le déploiement de solutions de télésanté, l'inscription de ces hôpitaux dans des filières de santé territorialisées. Mais face au problème de recrutement médical, la solution proposée par l'APVF passe par la régulation de l'installation des médecins, avec obligation de service dans les zones sous-dotées en début de carrière... solutions qui n'ont guère de chances d'être retenues.

Et si rien de tout cela n'est possible ou ne peut fonctionner, l'option de fermer l'unité de chirurgie et/ou d'obstétrique devrait être envisagée sérieusement... encore une fois non pas tant pour des raisons économiques mais en raison des difficultés intrinsèques pour faire fonctionner l'activité dans le cadre des normes techniques et de ressources humaines en vigueur.

Comment articuler ces réflexions avec la nouvelle catégorie constituée par les hôpitaux de proximité ?

Parallèlement à ces réflexions, a été identifiée la catégorie des hôpitaux de proximité à la suite de la suppression de la catégorie des hôpitaux locaux dans la loi de 2009. En effet, la loi HPST a réuni en une catégorie unique les centres hospitaliers et les ex-hôpitaux locaux. Ainsi, les hôpitaux de proximité, notion introduite par l'article L.6111-3-1 du code de la santé publique, réunissent à la fois des centres hospitaliers financés à la tarification à l'activité et les ex-hôpitaux locaux financés sous dotation annuelle de fonctionnement.

Le champ d'activité de ces établissements est en principe constitué par des lits de médecine et éventuellement un accueil des urgences, pour ce qui concerne l'activité de court séjour (il y a par ailleurs des services de SSR, des places en EHPAD, etc.).

En 2013, la Cour des Comptes, dans son rapport sur l'avenir des hôpitaux locaux, soulignait l'importance du rôle de ces établissements dans l'offre de soins de proximité du fait notamment du « caractère mixte de leur prise en charge, sanitaire et médico-sociale » et « du support qu'ils peuvent constituer pour l'exercice des médecins libéraux dans des territoires en risque de désertification médicale ». En effet, selon ce rapport, 63 % de ces établissements sont implantés dans des territoires à dominante rurale.

Au-delà de la faible activité, ce rapport souligne d'autres particularités défavorables de ces établissements dans un contexte de financement à l'activité : la nature même de leur activité, moins large que celle des centres hospitaliers disposant de plateaux techniques (ces derniers étant plus facilement sources de recettes), mais surtout la taille de leurs unités de médecine. En effet, alors qu'il est communément admis que la taille critique d'une unité se situe entre 25 et 30 lits pour optimiser l'utilisation du personnel, ces établissements disposent en moyenne de 14 lits de médecine et de 23 lits de SSR seulement.

C'est dans ce travail sur les filières de soins, en particulier en gériatrie, sur l'implantation territoriale d'une offre de soins de proximité, que réside certainement la fonction la plus utile d'un établissement de santé dans les zones rurales à l'heure actuelle.

TERRITOIRES

Sources :

- Décret n° 2015-186 du 17 février 2015 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique, JO du 19 février 2015.
- Arrêté du 4 mars 2015 relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique, JO du 11 mars 2015.
- Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, pour la fixation des valeurs des forfaits annuels activité isolées.
- Pour une approche territoriale de la santé, 4^{ème} livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes, mars 2013.
- Cour des Comptes, Les maternités, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2014.
- Cour des Comptes, L'avenir des hôpitaux locaux, septembre 2013 (chapitre XI du rapport annuel)
- Instruction n° DGOS/R2/R5/2014/222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux

En juillet 2014, une instruction de la DGOS rappelle l'importance des hôpitaux de proximité dans l'offre de soins, puisqu'ils assurent :

- un rôle important dans les parcours de patients, notamment pour les personnes âgées, de par leur positionnement entre la ville et l'hôpital, entre le champ sanitaire et le champ médico-social ;
- un point d'appui pour la structuration de l'offre de proximité : en lien avec les médecins généralistes, ils sont parfois la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient et contribuent à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux.

Ces rôles sont certainement plus importants que de maintenir à grands frais une maternité de faible activité ou un bloc opératoire pour quelques interventions par semaine. C'est dans ce travail sur les filières de soins, en particulier en gériatrie, sur l'implantation territoriale d'une offre de soins de proximité, que réside certainement la fonction la plus utile d'un établissement de santé dans les zones rurales à l'heure actuelle.

Autant il peut être envisagé – et la Cour des comptes l'envisage fortement pour les maternités – de limiter le nombre de plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux, pour des raisons de sécurité des soins et d'attractivité des postes médicaux, autant la fermeture de ces établissements de proximité pourrait nuire à l'accessibilité aux soins et renforcer la désertification médicale de certains territoires.

Et comme pour le cas des établissements isolés stricto sensu, ces hôpitaux de proximité doivent s'insérer dans des coopérations solides avec les établissements plus importants pour pérenniser une activité de qualité et organiser concrètement les filières de soins.

Réussir l'investissement hospitalier

d'Alain Sommer, Jacques Grolier et Vincent David

Préface de Jean de Kervasdoué

Un guide méthodologique pour prendre les bonnes décisions et financer les investissements dans les établissements de santé publics et privés.



BON DE COMMANDE - A retourner à Infodivium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
☐ OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Réussir l'investissement Hospitalier</i> » d'Alain Sommer, Jacques Grolier et Vincent David (ISBN 978-2-9535550-2-8) TVA : 5,5 %	58,77	62,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Je règle par :

☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIVUM. Je recevrai une facture justificative.

☐ A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

INFODIVUM
ÉDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
courriel : contact@infodivium.fr

Création des GHT : incidences sur la gestion financière

Le projet de Loi de modernisation de notre système de santé va-t-il devoir passer par une intégration des trésoreries des EPS, partie d'un GHT et la fin de la séparation « ordonnateur - comptable » pour atteindre ses objectifs ?

Le projet de Loi de modernisation de notre système de santé

Sauf à s'y engager a minima et à rater l'objectif d'amélioration de performance de l'offre de soins, le projet de Loi de modernisation de notre système de santé, en discussion à l'Assemblée Nationale depuis le 20 mars dernier, va entraîner des modifications importantes dans la gestion financière des Etablissements publics de santé (EPS), engagés dans un groupement hospitalier de territoire (GHT). Il faut tout d'abord rappeler son objectif : « *Le GHT 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.* »

Les mises en commun de fonctions à un établissement support concernent la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, la gestion d'un DIM de territoire, la fonction achats, les activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Les transferts d'activités entre établissements portent sur l'exploitation sur un site unique des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds détenues par un ou plusieurs des membres de la GHT, la facturation des soins délivrés aux patients peut même être autorisée par le DG de l'ARS⁽¹⁾.

Il faut également préciser deux choses :

- Chaque EPS, (sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale), doit faire partie d'un GHT et un seul⁽²⁾ ;
- Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale.

L'impact sur gestion financière

Pour évaluer l'impact sur gestion financière de la mise en œuvre de ces GHT, il faut imaginer l'impact de chacune des mises en commun de fonctions et chacun des transferts d'activités entre établissements.

En effet, la mise en commun de fonctions au sein des « établissements supports » va entraîner les questions suivantes : qui va investir, et si l'établissement support a atteint sa capacité d'emprunt, qui va emprunter, qui va exposer les frais d'exploitation, comment le personnel sera transféré, sera-t-il mis à disposition ou sera-t-il muté, sur quelle base les activités de support transférées seront-elles refacturées, comment seront absorbés les frais fixes de l'établissement déchargée de la fonction support ou de l'activité transférée et dont elle en absorbait une partie, comment ces fonctions support ou ces activités seront-elles suivies par chaque membre de la GHT, quelle modèle de gouvernance sera-t-il mis en place ?

En cas de transfert d'activité, outre ces questions évoquées ci-avant, viendront s'en poser d'autres comme qui va facturer les actes et à qui, y aura-t-il transfert d'autorisation liée à ces activités, comment évaluer les GHS, avec quel(s) plateau(x)



Louis Breuls de Tiecken,
Directeur financier
Responsable du Pôle Finances
Planification – Contractualisation
Centre Hospitalier « Alpes-Isère »

(1) Article 27 bis de la loi insérant après le 3° de l'article L 6133-1 CSP un 4° organisant le dispositif.

(2) Les EPS autorisés en psychiatrie peuvent être associés à un projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas partie, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire (L 3221-2). Les établissements privés Français ou d'un Etat limitrophe peuvent être « partenaires » du GHT.

GESTION FINANCIÈRE

technique(s) le service de l'activité transférée va-t-il travailler, comment alors les baisses d'activité consécutives seront-elles compensées, tout en évitant que les discussions sur les compensations ne passent par un marchandage d'échange d'activités qui éloignerait le GHT en constitution de l'objectif du projet de Loi de modernisation de notre système de santé, qui financera les charges résiduelles des fermetures d'activités (solde des amortissements, réduction de personnel, etc..) ?

La certification des comptes pour tous

Le projet de Loi de modernisation de notre système de santé prévoit également que la certification des comptes de chaque établissement, est conjointe pour les EPS partie à un même GHT⁽³⁾⁽⁴⁾.

Cela va demander aux établissements de moins de 100 M€, d'accélérer le rythme non plus pour la fiabilisation des comptes, mais pour être certifié au moment de leur entrée dans le GHT.

En effet, les CHU, partie des GHT, seront sans doute l'une des options majeures de lieu de transfert d'activités et/ou d'équipements de matériels lourds, nécessitant des investissements dont les financements obtenus sur les marchés financiers sont rendus intéressant par rapport à la notation qu'ils obtiennent de l'organisme chargé d'évaluer le risque de non-remboursement de leur dette, ou d'un emprunt faisant partie de cette dette, à moins que ce ne soit le contraire (on a vu récemment une dégradation de la note des CHU. Ce qui permet à ces agences d'émettre une bonne notation des CHU c'est, entre autre, la qualité de leurs débiteurs que sont les caisses de maladie et la SECU, c'est-à-dire l'Etat. Or, si les activités transférées sont facturées à l'hôpital qui a envoyé son patient pour un acte technique, le risque sera évalué en fonction de la situation financière de ces petits hôpitaux, fragilisés par la perte de ces activités.

Là où on pouvait croire que la présence d'un CHU au sein d'un GHT améliorerait le loyer de l'argent, on le voit, c'est un cercle vicieux qui risque d'entraîner un renchérissement de son coût.

Alors pourquoi pas une trésorerie commune

Les EPS, partie d'un GHT, ne sont pas dans des situations de trésorerie similaires. Certains voient leur durée apparente de leur dette et leur encours de la dette rapporté au total de leurs produits proches ou même en dépassement des limites reprises dans les critères du Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS, d'autres en sont éloignées, d'autres encore sont assis sur un matelas confortable de trésorerie.

La tentation est forte, et serait logique par ailleurs, de mutualiser les moyens financiers.

Devant la volonté de l'IGF de « limiter le principe d'autonomie financière des hôpitaux », Frédéric VALLETOUX, patron de la Fédération hospitalière de France, préconisait plutôt la mutualisation de l'excédent de trésorerie des hôpitaux, qui atteint 2 milliards d'euros, afin de mutualiser les risques. « Malheureusement, le gouvernement n'a pas donné suite à cette proposition », déplorait-il.

Il est évident par ailleurs que, dans un GHT, les comptes de ses membres sont différents. Ces mouvements financiers croisés entre EPS vont donc complexifier leurs tâches. De plus, l'évaluation des situations financières de chaque établissement n'aura de sens qu'au regard du résultat global du GHT, ce que chaque comptable ne pourra faire.

C'est par la certification des comptes du GHT que l'on pourra se faire une opinion sur la situation financière des ESP partie d'un GHT et sur sa bonne tenue.

(3) L'article 13 de la loi 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines entreprises publiques est applicable aux EPS à compter de l'exercice 2020

(4) Ce dispositif complète celui défini par la loi 2003-706 du 1^{er} août 2003 selon lequel les établissements publics de l'Etat, dès lors qu'ils contrôlent une ou plusieurs personnes morales ou qu'ils exercent une influence notable dans les conditions prévues aux articles L. 233-16 et suivants du code de commerce, sont tenus d'établir, conformément à ces articles, et de publier des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe.

Ou la fin de la séparation des ordonnateurs et des comptables

N'est-ce donc pas la fin du principe de la séparation des ordonnateurs et des comptables qui remonte, comme les principes de droit budgétaire, à la Restauration et dont le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, en préconisait déjà en 2008 la fin ; et proposait une certification des comptes dans la lignée des principes de responsabilisation accrue des gestionnaires.

Comme on le voit les questions sont nombreuses et pas simple à résoudre. Ce n'est pas tant par manque d'imagination et de capacité des EPS que les GHT ne se mettront pas en place mais par la rigidité et la lourdeur du contexte dans lequel on leur demande de fonctionner.

C'est en rendant la liberté de gestion de leur trésorerie aux EPS d'un GHT que de véritables projets de mise en commun de fonctions « support », d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds pourront être mutualisés parce qu'ils retrouveront la souplesse de gestion et la marge financière nécessaire à leur mise en œuvre que ni l'Etat ni les ARS n'ont encore.

Rédigé le 24 avril 2015



Crédit photo : Fotolia - Une réalisation Shokola.com

SUIVRE & OPTIMISER
la gestion de votre
trésorerie

ASSURER
la gestion de votre
encours de dette

Un conseil d'expert &
des logiciels adaptés
pour répondre à vos besoins

SYSTÈMES D'INFORMATION

Les Groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information



Michel Raux,
Directeur des Systèmes
d'Information
Centre Hospitalier de Versailles

Le projet de la loi pour la modernisation de notre système de santé introduit, par son article 27, le groupement hospitalier de territoire. Il lui revient d'assurer la gestion commune du système d'information en faisant émerger la notion de système d'information convergent. Il demande, en cela, à ce qu'un véritable changement interculturel s'accomplisse au sein des établissements par la mise en place d'une nouvelle gouvernance des systèmes d'information et une profonde mutation des systèmes actuels.

Un nouvel objet « à connecter » : le groupement hospitalier de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire, sont introduits par l'article 27 de la loi pour la modernisation de la santé, actuellement en discussion. Ils ont pour objectif de conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée des patients. Notons d'emblée qu'à l'issue de la troisième séance du 10 avril 2015, une différence notable entre le texte premier du projet de loi et le texte résultant des délibérations de l'Assemblée Nationale a été introduite. En effet, initialement, il revenait à l'établissement support, désigné dans la convention constitutive du GHT, d'assurer *la gestion d'un système d'information et d'un département de l'information médicale uniques*. La nouvelle version du projet de loi précise maintenant que l'établissement support assure *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*. Nous sommes passés de la gestion d'un système d'information unique à la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent. Tentons, dans les paragraphes suivants, l'exégèse de cette modification.

La convergence des systèmes d'information est un changement « interculturel »

Ainsi la loi veut faire converger, afin d'assurer une meilleure coordination dans la prise en charge du patient, des systèmes d'information aux origines et caractéristiques diverses. L'histoire de l'informatique hospitalière est ainsi faite qu'en 1989 la liberté a été donnée aux établissements de santé de choisir leurs propres logiciels. Cette décision a structuré le marché français des logiciels hospitaliers en une offre multiple et variée mais assez disparate. Depuis, afin de parvenir à une prise en charge coordonnée du patient et de recréer un peu d'ordre dans tout cela, de nombreux projets ont été lancés avec les réussites diverses que l'on sait (Projets e-santé du début des années 2000, Réseau Santé Social, DMP, messageries sécurisées, interopérabilité des offres industrielles, etc...). Tous visaient à une plus grande efficacité et fluidité dans le parcours de soins du patient mais tous avaient tendance à se construire à côté des besoins, des pratiques et des usages quotidiens dans les établissements hospitaliers. Cette fois l'angle d'attaque est différent car l'approche est plus localisée, focalisée pourrait-on dire, et peut-être plus pertinente car elle met en avant et impose une logique de projet médical de territoire et elle en fixe même le délai de réalisation (juillet 2016).

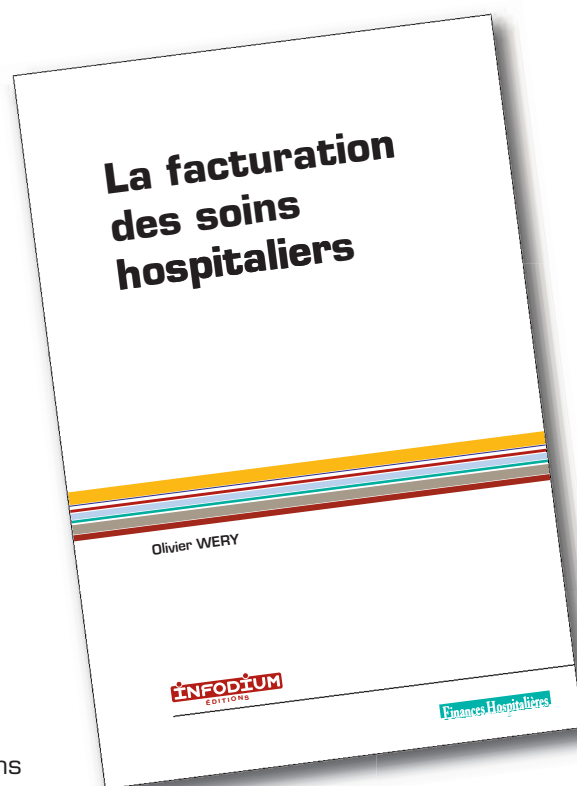
La facturation des soins hospitaliers

Olivier Wery,

consultant spécialisé dans la gestion des établissements de santé

Préface de **Jean-Claude Delnatte**

- Apporter un éclairage global sur les activités de la facturation des soins et leur finalité ;
- Connaître en détail les multiples opérations qui concourent à la facturation et au recouvrement des frais de soins ;
- Mieux connaître le travail réalisé au bureau des entrées pour le valoriser et l'accompagner pour l'avenir ;
- Comprendre les mécanismes de remboursement des frais de soins par les régimes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires ;
- Passer en revue la multitude de tarifs ainsi que les règles de tarification, notamment en soins externes ;
- Réorganiser et sécuriser la chaîne de facturation des soins ;
- Comprendre les enjeux de la facturation directe des soins à l'Assurance Maladie pour mieux la préparer.



INFODIUM
ÉDITIONS

www.infodinium.fr

BON DE COMMANDE



A retourner à Infodinium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
☐ OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « La facturation des soins hospitaliers » de Olivier Wery (ISBN 978 2 9535550 7 3) TVA : 5,5 %	58,77	62,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
	Total	

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Je règle par :

☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture justificative.

☐ A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

INFODIUM
ÉDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
courriel : contact@infodinium.fr

SYSTÈMES D'INFORMATION

Pour assurer la convergence, puis l'unicité du système d'information du groupement hospitalier de territoire qui devra en résulter, il faudra mener une conduite du changement en tenant compte de l'histoire, des acquis, des pratiques, des savoirs faire et du langage propre à chacun des établissements composant le groupement. Ce changement aura à s'exprimer aussi bien au niveau des processus de prise en charge du patient (niveau des organisations), des métiers (niveau des ressources humaines) que des outils mis à dispositions (niveau des applications informatiques) et des infrastructures techniques sollicitées (niveau des réseaux de télécommunications, postes de travail, Datacenter). Chacun aura à comprendre les habitudes de l'autre, ses craintes et ses exigences aussi, et à exprimer les siennes, dans un effort de transparence qui n'est pas obligatoirement spontané.

La gestion commune d'un SIH recomposé, comme nouvelle gouvernance des systèmes d'information

L'article 27, dans sa nouvelle, mouture précise bien : *l'établissement support assure, pour le compte des établissements parties au groupement, la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent.*

C'est probablement la première étape à franchir. Il s'agit de mettre en place une nouvelle gouvernance du SIH, en amenant l'établissement support à structurer une direction commune du système d'information avec comme objectif principal

Il s'agit de mettre en place une nouvelle gouvernance du SIH, en amenant l'établissement support à structurer une direction commune du système d'information.

de faire converger les SIH des établissements membres du groupement vers une nouvelle cible qui ne peut être qu'un système d'information recomposé, unique, et surtout répondant à la stratégie du groupement et donc à son projet médical de territoire.

Par ailleurs, l'établissement support doit aussi *assurer la gestion d'un département de l'information médicale de territoire*. Lorsque l'on sait la dépendance opérationnelle créée par le PMSI et la T2A, vis-à-vis du système d'information, on ne peut qu'apprécier l'opportunité qu'il y aurait à associer, de façon étroite, un DIM de territoire à une direction commune du système d'information au sein du groupement hospitalier.

De plus, *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.* Ce point met l'accent sur l'intérêt particulier, pour le groupement de disposer, d'une compétence médicale très orientée système d'information afin de mieux traiter tous les aspects liés au secret professionnel, à la protection des données personnelles et à l'hébergement de données de santé en général. Bien sûr, la création d'un DIM territorial vise également, sinon principalement dans l'esprit du législateur, l'optimisation de la chaîne de facturation des établissements membres.

Un premier axe de travail : La mutualisation des moyens et des ressources

Selon le dictionnaire Larousse, « mutualiser » est « *Faire passer un risque, une dépense, à la charge d'une collectivité* ». Pour Wiktionary c'est « *regrouper les moyens, les savoirs et savoir-faire, afin d'économiser davantage* ». On est bien dans le sujet : la mutualisation doit être un levier d'efficacité. Mais tant de démarche volontariste de mutualisation ont produit l'effet inverse que l'on ne peut qu'être circonspect ! En évoquant, un peu plus haut, le caractère multiculturel du changement induit par la mise en place d'un SIH convergent on touche la difficulté de l'exercice.

Essayons donc de trouver, pour les équipes en charge des systèmes d'information et pour les ressources qu'elles gèrent, un langage commun susceptible de favoriser les bonnes pratiques et de permettre l'adaptation des organisations de travail. Une solution pourrait consister à promouvoir une véritable démarche qualité s'appuyant sur des référentiels reconnus « à l'état de l'art » et donc, de ce fait, peu contestables. En matière de qualité de service informatique, la norme ISO 20000 correspond tout à fait à ce cahier des charges, elle offre aux équipes informatiques un vocabulaire commun et des processus définis tout en laissant la possibilité d'une appropriation spécifique. Les efforts de mise en œuvre peuvent être récompensés par une démarche officielle de certification qui constate la maîtrise des processus normalisés et du service rendu. Elle favorise également la contractualisation avec les services utilisateurs en s'appuyant sur un catalogue de services dont on sait mesurer les coûts de production.

Cette approche présente le mérite de pouvoir être lancée assez rapidement et permet d'organiser :

- la gestion de parc informatique étendu au groupement et de définir une nouvelle politique d'achat des équipements,
- la gestion des compétences tant au niveau technique (compétences réseaux, base de données, virtualisation des serveurs, etc...) que fonctionnel (connaissance des applications métiers constituant le parc applicatif du groupement),
- les compétences propres en assistance à maîtrise d'ouvrage (pour l'évaluation des besoins utilisateurs, la conduite des projets et le pilotage des fournisseurs prestataires en particulier),
- les processus de base, tels que la gestion des incidents, des problèmes, des changements et de la sécurité.

L'émergence d'une nouvelle espèce de système d'information

Et maintenant, comment conduire les SIH des établissements membres vers un système d'information convergent permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements ?

Il s'agit de définir un nouveau système d'information, au caractère centripète bien marqué, qui vienne en soutien du projet médical de territoire, tout en permettant une véritable synergie avec les systèmes d'information déjà en place dans chaque établissement. On pourrait presque oser l'image darwinienne d'une nouvelle espèce de système d'information devenant dominante et conduisant à l'extinction progressive des systèmes qui lui préexistaient. Cette seule image devrait nous convaincre qu'il y faudra un peu de temps... Elle devrait faire comprendre également qu'il y aura nécessité de communication entre les deux espèces de système d'information, car pour se parler et se comprendre lorsque l'on n'a pas tout à fait le même langage, il nous faut bien souvent des interprètes. En ce sens, les outils d'interopérabilité (EAI - Enterprise Application Integration, ETL - Extract Transform Load - et référentiels associés), sans être la réponse miracle à la situation, seront des outils bien utiles et certainement des catalyseurs du changement.

On pourrait presque oser l'image darwinienne d'une nouvelle espèce de système d'information devenant dominante et conduisant à l'extinction progressive des systèmes qui lui préexistaient.

Ces questions sont déjà très concrètement vécues dans les projets de télémédecine qui se développent considérablement actuellement et qui souffrent souvent de ne pouvoir s'intégrer facilement aux systèmes d'information des acteurs concernés. La ressaisie des informations médicales des patients est souvent nécessaire dans le système de télémédecine. Ces projets portent déjà le caractère territorial que l'on veut développer au sein des GHT.

Vers un schéma directeur du système d'information territorial

L'élaboration de ce nouveau système d'information du groupement hospitalier de territoire, se fera probablement par une approche assez classique : à partir

SYSTÈMES D'INFORMATION

des besoins du projet médical de territoire qui aura été défini, il faudra élaborer un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier décliné en grandes orientations.

Ce schéma directeur sera obligatoirement stratégique dans la mesure où le projet médical le sera lui-même. Car dans les délais impartis, réalisation du projet médical du groupement pour le mois de juillet 2016, seul un cadrage stratégique sera possible avec la définition de seulement quelques projets opérationnels, permettant l'illustration concrète de la volonté de travailler ensemble.

Le schéma directeur du système d'information du groupement devra poser des axes forts et consensuels, par exemple pour :

- l'organisation d'une gouvernance unique du système d'information du groupement,
- un état des lieux de la cartographie des systèmes d'information existants,
- l'alignement des schémas directeurs (ou plan informatique) de chaque établissement membre avec les orientations affichées du schéma directeur du groupement (avec probablement des décisions difficiles quant à l'abandon ou à la suspension de certains projets),
 - la mise en cohérence des stratégies Hôpital Numérique de chaque établissement, avec un soutien espéré des tutelles pour ne pas perdre le bénéfice des accords obtenus,
 - la transposition au niveau du groupement des politiques régionales en matière de systèmes d'information. Il sera en effet essentiel de savoir situer ce qui sera du ressort des Espaces Numérique Régionaux pilotés par les ARS et les GCS régionaux de ce qui reviendra au groupement hospitalier,
- la stratégie de mise en conformité avec les référentiels nationaux d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP Santé, afin d'offrir au groupement la possibilité d'être un hébergeur de données de santé (cf. article 25 du projet de loi de modernisation de notre système de santé)
- statuer sur l'extension de l'Auditabilité des systèmes d'information, portée par la certification des comptes, à l'ensemble des membres du groupement,
- la définition d'une politique commune de ressources humaines dans les domaines des technologies de l'information de la communication,
- la définition d'une politique commune en matière d'achats informatiques, de conception d'architectures techniques et d'urbanisation du système d'information, en profitant des expériences de chacun,
- une stratégie commune de financement, point qui conditionne tous les autres...

Cette liste n'est évidemment pas limitative.

En guise de conclusion

Le futur système d'information du groupement hospitalier de territoire n'est évidemment pas le système d'information de santé du territoire, mais il a vocation à y contribuer grandement. Imaginons un « espace de confiance » où il serait possible de se référer à un DMP rénové et pragmatique qui deviendrait réellement plus « Partagé » que « Personnel », où les échanges par messagerie sécurisée serait d'une simplicité qui en garantirait l'usage, et où les outils de télémedecine serait en lien avec au moins le DMP, alors il deviendrait possible au groupement hospitalier d'être véritablement au service d'une prise en charge coordonnée des patients au sein de son territoire.

Nous n'en sommes peut-être pas si loin, mais ne confondons pas vitesse et précipitation et rappelons à l'homme pressé que « le temps ne respecte pas ce qui se fait sans lui ».

Le futur système d'information du groupement hospitalier de territoire n'est évidemment pas le système d'information de santé du territoire, mais il a vocation à y contribuer grandement.

Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers

Avec la mise en œuvre des groupes hospitaliers de territoire, la fonction achat sera placée sous l'égide de l'établissement support. Cette nouvelle étape dans la réorganisation des achats hospitaliers devrait également renforcer le rôle des centrales et groupements d'achat.



Dominique Legouge,
Resah IDF

Les achats hospitaliers se sont profondément transformés dans le secteur public depuis la mise en œuvre du programme PHARE en 2012.

Le caractère stratégique de la fonction achat et sa capacité à être source de performance pour le système de santé sont désormais reconnus au plus haut niveau.

Le déploiement systématique de plans d'action achat annuels dans les établissements et le développement parallèle d'une offre d'achat mutualisée de qualité ont déjà permis de générer sur la période 2012-2014 plus de 900 millions d'euros de gains.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, avec la mise en œuvre des groupes hospitaliers de territoire (GHT) va constituer une nouvelle étape dans la réorganisation des achats du secteur hospitalier public.

Son article 27 prévoit, en effet, que la fonction achat des établissements qui seront parties d'un même GHT devra être assurée par celui d'entre eux, qui aura été désigné comme établissement support.

Cette disposition va faire des groupements hospitaliers de territoire, l'échelon de base autour duquel va devoir s'organiser l'achat hospitalier public.

La mise en commun de la gestion de leurs achats pour les établissements, parties à un même groupe hospitalier de territoire, va constituer l'occasion de revoir les modes de fonctionnement existants et d'accroître leur performance.

L'efficacité des nouvelles politiques d'achat de groupe hospitalier de territoire sera cependant conditionnée par la capacité, de ceux qui seront en charge de leur déploiement, à ne pas rester isolé et à nouer des liens de coopération.

Accéder à des centres de service partagés entre GHT permettant de mettre en commun les ressources, l'expertise et les volumes d'achat.

Quels seront les établissements concernés par la mise en commun de la gestion de leurs achats ?

La mise en commun des achats, dont la gestion devra être confiée à l'établissement désigné comme support par la convention constitutive, aura un caractère obligatoire, sous peine de sanctions financières importantes, pour tous les établissements publics de santé qui seront parties d'un même GHT.

Il devrait en aller de même pour les établissements et services médico-sociaux qui auront souhaités, sans pour autant y être obligé par la loi, être partie d'un GHT.

S'agissant des établissements de santé privés, qu'ils soient à but lucratif ou non, le projet de loi prévoit qu'ils pourront s'associer par convention avec un GHT sans pour autant en être partie. Cette association pourra de ce fait, si nécessaire, intégrer un volet de coopération en matière d'achat à organiser entre l'établissement support du GHT et les établissements privés associés.

ACHATS

A noter :

Les centres hospitaliers hospitalo-universitaires (CHU) et les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie, bien qu'ayant vocation à être associés pour certaines de leurs activités à d'autres GHT que celui auxquels ils sont parties, devront pour ce qui concerne leurs achats limiter la mise en commun leur gestion avec celle des autres établissements parties à la convention constitutive de leur propre GHT.

Que faut-il entendre par mise en commun de la gestion des achats pour les établissements qui sont parties à un même GHT ?

La définition des achats à gérer en commun ne devrait pas poser de problème particulier dans la mesure où elle aura vocation à correspondre à celle qui sera donnée par le nouveau code de la commande publique.

Elle devrait englober tous les marchés publics (achats à titre onéreux de fournitures, services et travaux) et les concessions de services (cafétéria, location téléviseurs, kiosques, etc.) et concerner tant la passation des contrats que leur exécution.

Il n'en va pas de même pour le concept de gestion des achats devant être confiée à l'établissement support.

Celui-ci, pouvant présenter un niveau d'intégration plus ou moins grand (de la simple définition d'une politique commune

des achats à une gestion totalement intégrée de ceux-ci), il est vraisemblable qu'il devra faire l'objet d'une définition plus précise à l'occasion de la rédaction des textes d'application du projet de loi.

S'agissant enfin de la question de la logistique de distribution interne à un GHT des produits achetés, qui s'apparente plus à une activité logistique qu'à une activité proprement dite d'achat, celle-ci pourra faire l'objet d'une mise en commun volontaire. Le projet de loi prévoit, en effet, que « l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-économiques ».

Installer un dialogue approfondi avec les prescripteurs et les utilisateurs.

Quelle valeur ajoutée peut-on attendre de la mise en commun de la fonction achat dans un GHT ?

Les GHT dont les budgets d'achat consolidés s'échelonneront, suivant les cas, de moins de 100 millions à plus de 300 millions (hors AP-HP, HCL et AP-HM) vont permettre d'atteindre la taille critique nécessaire à la mise en place d'une fonction achat territorialisée de proximité, capable de générer chaque année un niveau de gains sur achats d'au moins 3 %.

Cela nécessitera, notamment :

- Une optimisation des ressources humaines dédiées à la fonction achat-approvisionnement qui devra concentrer les moyens sur les missions susceptibles de créer le plus de valeur ajoutée (ex : travail sur le juste besoin, maîtrise des consommations) et à externaliser ce qui peut l'être (ex : passation de nombreux marchés *via* la participation à des achats groupés).

Cela créera un fort besoin de transformation des compétences : certaines tâches ayant vocation à régresser, comme celles qui sont liées aux procédures administratives de passation et d'exécution des marchés, tandis que d'autres devront, au contraire, être renforcées, comme celles relatives à la conduite du dialogue « acheteur-prescripteur », à l'exploitation des données de consommation ou au contrôle de gestion.

- Un recentrage du travail de la fonction achat sur l'activation des 6 grands leviers générateurs de gains pour un GHT que sont: la standardisation (ex : diminution des références de produits d'entretien utilisés), le juste besoin (ex : révision des contrats de maintenance), la substitution (ex : générique, biosimilaire, médicament

substituables), les actions de progrès (ex : colisage des fournitures de bureau dans les services), la maîtrise des consommations (ex : passer de 7 à 5 tenues pour le personnel) et la mutualisation.

La mise en commun de la fonction achat à un échelon territorial, permettant une véritable relation de proximité entre ses différents acteurs, sera l'occasion d'installer un dialogue approfondi avec les prescripteurs et les utilisateurs. Dialogue dont la réussite est une des composantes essentielles de la performance des achats dans une organisation.

A noter :

Les GHT, dont l'établissement support sera un CHU, bénéficieront essentiellement aux plus petits établissements qui en seront membres, la fonction achat de ceux-ci ayant vocation à être intégrée par l'établissement support pour un coût marginal tout en leur garantissant un niveau de performance élevé grâce à un alignement des prix sur ceux du CHU.

La mise en commun de la gestion des achats dans un GHT : un chantier complexe à mener dans des délais contraints

La mise en place d'une gestion commune de la fonction achat dans un GHT va constituer une occasion unique pour les établissements qui en seront parties pour repenser leur organisation achat et logistique.

Cela impliquera de recourir à une démarche participative pour susciter l'adhésion de tous les acteurs et faire émerger les organisations et les pratiques les plus performantes.

Il sera important dans cette perspective, sauf dans le cas spécifique des GHT ayant pour établissement support un CHU dont la fonction achat est mature, de ne pas se borner à procéder à un simple alignement sur les pratiques existantes et les marchés du plus gros établissement.

Pour cela le recours à un appui externe capable de faciliter le travail de mise en commun sera souvent nécessaire.

Cela d'autant plus que le délai maximum, imparti par le projet de loi, pour la mise en œuvre opérationnelle de gestion commune de la fonction achat des membres d'un GHT par l'établissement désigné comme support a été fixé au 1^{er} janvier 2018.

Recourir aux services d'opérateurs de mutualisation, spécialisés dans le regroupement des achats.

La nécessité de développer une approche collaborative en matière d'achat entre GHT

Il n'est pas souhaitable que la mise en place d'une gestion commune des achats pour les établissements membres d'un même GHT conduise à un repli des groupes hospitaliers de territoire sur eux-mêmes.

Leur performance ainsi que l'efficacité du système de santé passera par leur aptitude à mettre en place des coopérations.

Celles-ci, devront permettre à chaque groupe hospitalier de territoire de :

- Participer activement à la mise en œuvre de la politique régionale de santé et à soutenir les autres grandes politiques publiques (développement durable, innovation, etc.).
- D'accéder à des centres de service partagés entre GHT permettant de mettre en commun les ressources, l'expertise et les volumes d'achat. Ceci, afin de gagner en performance et de se concentrer sur la création de valeur en interne (dialogue acheteur-prescripteur, contrôle de gestion, optimisation des stocks et des livraisons, recours à l'externalisation, etc.).

Vers un rôle accru des centrales et des groupements d'achat hospitaliers

Les centrales et les groupements d'achat hospitaliers se sont beaucoup développés

ACHATS

ces dernières années en France, comme d'ailleurs dans les autres pays européens. Ils ont vocation à continuer à prospérer, que ce soit au niveau régional ou national, parallèlement à la mise en œuvre des GHT.

En effet, les groupes hospitaliers de territoire, à l'exception des plus grands d'entre eux, comme ceux qui incluront l'AP-HP, les HCL ou l'AP-HM, n'atteindront pas, pour de nombreux segments d'achat, la taille critique nécessaire pour accéder aux meilleures conditions du marché.

Ils devront pour cela continuer de recourir aux services d'opérateurs de mutualisation, spécialisés dans le regroupement des achats.

Ceux-ci pourront leur proposer, comme aujourd'hui, des prestations de service d'achats groupés reposant :

- Soit sur des outils de massification impliquant un choix commun de produits et de solutions entre GHT partageant le même besoin.
- Soit sur des outils de référencement, mono ou multi-attributaires de fournisseurs, n'impliquant pas une mise en commun préalable de leurs besoins.

Afin de garantir l'accès de tous les GHT à une offre d'achat groupée performante, il serait souhaitable que les pouvoirs publics, dans la continuité des actions déjà entreprises dans le cadre du programme PHARE, veillent à soutenir l'institutionnalisation d'un nombre suffisant d'opérateurs disposant de la taille critique nécessaire au portage de programmes de mutualisation véritablement efficaces.



Anticipez la loi de santé Panorama de la réforme pour les hospitaliers

Le projet de loi «Touraine» vient d'être voté par les députés.

De nombreuses dispositions concernent les acteurs hospitaliers. La principale d'entre elles est la constitution de **groupements hospitaliers de territoire (GHT)**.

D'autres traitent de la **gouvernance**, du **personnel médical** ou encore des **droits des patients**...

Décryptage et enjeux de la réforme présentés par une consultante de JuriSanté et un grand témoin, Florent Cavelier, secrétaire général du CHU de Dijon.

4 sessions en 2015 à Paris-Malakoff :

3 juillet // 10 septembre // 16 octobre // 20 novembre

Du syndicalisme institutionnel au dialogue social en 3D : le pôle, l'établissement, le territoire

Relire les conclusions du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines du Pacte de confiance pour l'hôpital parallèlement au projet de loi de modernisation de notre système de santé n'est pas inutile. Celui qui se contenterait d'une lecture lointaine du projet de loi affirmera qu'en matière de gestion des ressources humaines la loi ne prévoit rien, ou pas grand-chose. Mais celui qui le lira en parallèle de ce rapport sera convaincu qu'en fait elle permet tout. Une lecture croisée fait prendre conscience de l'inexorable modification du dialogue social – et par là, de la gestion des ressources humaines hospitalières – autour des trois dimensions que sont le pôle, l'établissement et le territoire.



Jean-Yves Copin,

Juriste

Consultant au Centre national de l'expertise hospitalière

Quel dialogue social à l'hôpital ?

« La notion de "dialogue social" est aujourd'hui couramment utilisée mais rarement définie avec précision, les différents acteurs pouvant dès lors lui donner des significations éminemment variables : dans la mesure où elle ne désigne, a priori, ni une forme identifiée, ni un niveau précis (information, consultation, concertation, négociation), chacun peut y mettre le contenu qu'il souhaite, avec les questions de méthode et tous les risques de malentendus que cela induit quant au degré d'implication des interlocuteurs dans la décision ⁽¹⁾ ».

Cette citation illustre la complexité de l'exercice : chacun, quelle que soit la définition retenue, va placer derrière la notion de dialogue social ses propres mots. Ils seront ceux de la contrainte pour les uns, de l'espoir pour les autres, parfois même de l'indifférence. Mais lorsque l'on demande à des hospitaliers de définir en quelques mots clés ce qu'ils entendent par dialogue social ce sont souvent les mêmes termes qui sont utilisés : échanges, écoute, respect, compréhension, équité... Rarement le dialogue social est défini par une instance et pourtant dans le fonctionnement quotidien des établissements, le dialogue social institutionnel, organisé autour du trio CAP/CTE/CHSCT est celui qui aujourd'hui demeure.

Et pourtant, tout indique, et la création des GHT n'en est que l'actuelle illustration, qu'une nouvelle géographie émerge. D'abord, à l'établissement de santé s'ajoute le territoire. Or il n'y aura pas de dialogue social dans la fonction publique hospitalière sans prise en compte de ce nouvel horizon.

Niveau	Type de dialogue	Fondement juridique
Le pôle	Dialogue social de proximité	Article 49 du projet de loi de santé
L'établissement	Dialogue social institutionnel	Article 8 bis de la loi 83-634
Le territoire	Dialogue social de territoire	A inventer

(1) Paul Aurelli, Jean Gautier, Conseil économique et social, « Consolider le dialogue social », 2006.

RESSOURCES HUMAINES

De surcroît à cette vision territoriale va également s'ajouter, dans les plus grands établissements, un dialogue social de proximité, au sein du pôle. Les contours sont à inventer mais le projet de loi officialise la chose.

Ainsi outre l'établissement comme lieu de dialogue social, deux nouvelles dimensions émergent constituant le dialogue social en 3 D : le territoire et le pôle.

L'établissement ou le dialogue social institutionnel

L'établissement est aujourd'hui le lieu du dialogue social institutionnel dans la fonction publique hospitalière. Il s'articule principalement autour de trois instances :

- les commissions administratives paritaires, lieu des échanges relatifs aux situations individuelles ;
- le comité technique d'établissement, lieu des échanges relatifs à la vie et au fonctionnement de l'établissement ;
- le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, lieu privilégié de l'action a priori et a posteriori sur la maîtrise de l'ensemble des risques liés au travail.

Dans le Pacte de confiance était évoqué « *un dialogue social souvent plus formel que réel surtout au niveau local. Les établissements connaissent plus un dialogue social d'instances que fondé sur des relations directes entre la direction et les représentants du personnel.* »

Un strict cadre réglementaire avec ses longues listes de consultations et d'informations obligatoires ne vient pas simplifier les rapports sociaux sur le terrain. Pris dans la routine du fonctionnement quotidien, les instances se suivent et se ressemblent et lorsque le dialogue se limite à ce formalisme, les conflits se cristallisent lorsque deux thématiques sont évoquées : la gestion des carrières et l'organisation du temps de travail.

Il y a dans la gestion des ressources humaines hospitalières un mur, qui s'effrite de plus en plus, mais qui souvent demeure. Ce mur sépare une gestion statutaire, selon une logique de corps et de grade et une gestion des ressources humaines selon une logique liée aux métiers et aux compétences. Ces deux logiques ne peuvent que cohabiter si l'on veut permettre à un établissement de fonctionner : elles permettent de sécuriser les carrières tout en réfléchissant et en anticipant l'organisation. Sauf que sur le terrain, associer une logique statutaire, à laquelle les représentants du personnel sont attachés, à une logique organisationnelle, nécessite d'aller au-delà du dialogue social « formel ».

Car les difficultés ne vont pas s'arrêter à une question de logique. En période de disette c'est bien la question centrale des effectifs et des rémunérations qui sera première. Et bien plus que la suppression de l'avancement d'échelon à la durée intermédiaire ou de l'intégration du temps de repas dans le temps de travail c'est la question des effectifs qui sera bloquante. Et si les débats entre direction et syndicat, au sein d'un établissement se focalisent sur des questions statutaires ou de durée du temps de travail, il est évident qu'il n'y a pas de dialogue social, et par conséquent, pas de gestion des ressources humaines. Car l'un des principaux enjeux de l'hôpital

est celui des effectifs. Effectifs médicaux, c'est une certitude mais aussi non médicaux. Les CHSCT sont là pour limiter au maximum les effets néfastes que peut avoir le travail sur la santé des personnels mais les CTE doivent pouvoir réfléchir sur l'organisation du travail au-delà de la question des effectifs. La question essentielle du dialogue social en matière de gestion des ressources humaines est celle qui consiste à trouver l'organisation efficiente aujourd'hui et anticiper les besoins et les compétences nécessaires demain. Or pour y arriver les acteurs du dialogue social doivent communiquer, échanger, confronter leurs idées dans un contexte moins structuré que celui, tellement protecteur, du cadre réglementaire. Il convient alors de mener le dialogue social institutionnel dans un contexte stratégique. Il n'y aura pas, au sein de l'établissement, de professionnalisation

Trouver l'organisation efficiente aujourd'hui et anticiper les besoins et les compétences nécessaires demain.

des partenaires sociaux, de gain qualitatif sans une ouverture du dialogue social aux orientations stratégiques de l'établissement.

Ceci implique que les organisations syndicales doivent se professionnaliser au niveau local. Les questions statutaires, essentielles certes, ne sont plus l'unique enjeu de la gestion des ressources humaines.

Et surtout, lorsque la question des effectifs sera abordée, au-delà de l'acceptation même que la qualité de vie au travail peut être tout autant liée à l'organisation qu'au nombre des agents affecté à une unité, direction et syndicats vont devoir apprendre à penser territoire, pôles et non plus seulement établissement.

Le GHT ou le nécessaire dialogue social de territoire

Le Pacte de confiance précisait que « *les établissements relevant de la fonction publique hospitalière et leurs personnels ont et auront de plus en plus à composer avec un environnement et des organisations conçus à l'échelle d'un territoire pour adapter la prise en charge des patients et des personnes accueillies autour d'un parcours d'accueil et de soins cohérent et sans rupture.* »

Les impacts de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur la gestion des ressources humaines et sur le dialogue social n'apparaissent pas immédiatement mais sont pourtant bien réels.

En précisant que l'établissement support du GHT assure pour le compte des établissements parties au groupement, *la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels*, le législateur induit un dialogue social territorial.

Et le choix de la formation est à la fois pertinent et stratégique. Pertinent car la formation, de par le fonctionnement paritaire des ANFH notamment, est une thématique où le dialogue social fonctionne. Stratégique car la formation est l'un des principaux outils de gestion des ressources humaines.

La formation des hospitaliers à de nouveaux métiers, les reconversions professionnelles, l'anticipation des besoins sur un territoire et bien d'autres exemples illustrent son intérêt. Territorialiser la formation c'est territorialiser le dialogue social. Comment alors coordonner au sein du territoire sans créer des commissions de formation territoriales ? Et là encore, au-delà de la formation, comment imaginer un dialogue social de qualité qui n'intègre pas une discussion avec les partenaires sociaux sur la stratégie territoriale ? Souvent la pratique précède le droit. Il existe déjà des exemples de gestion des ressources humaines territoriales. Mais des métiers sont par essence « multi-établissement ». Nous avons des diététiciens ou des psychologues intervenants dans plusieurs établissements. Pourquoi n'aurions-nous pas des préventeurs de territoire, des juristes multi-sites, des gestionnaires spécialisés mobiles ? Le rôle d'un dialogue social de territoire sera de permettre une sécurisation des parcours et des carrières de ces agents, d'échanger sur les pratiques, d'harmoniser les modes de gestion. La protection des principes statutaires n'est en aucun cas un frein à une organisation territoriale de la gestion des ressources humaines. Il est vrai qu'à ce jour en matière de dialogue social territorial, la loi ne prévoit rien, par conséquent elle permet tout.

Les impacts de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur la gestion des ressources humaines et sur le dialogue social n'apparaissent pas immédiatement mais sont pourtant bien réels.

Le pôle ou l'avenir du dialogue social de proximité

Le pôle est le troisième lieu du dialogue social dans la fonction publique hospitalière. Il ne concerne pas tous les établissements : le social et le médico-social, ne sont pas concernés par nature, de même que les plus petits établissements sanitaires.

Le pacte de confiance, évoquait « *une certaine pauvreté du dialogue social de*

RESSOURCES HUMAINES

proximité et la faible association des cadres, par ailleurs peu formés au dialogue social. Ce niveau de dialogue social est essentiel. Il est celui qui concerne les personnels au plus près de leurs situations et préoccupations quotidiennes. Il prend toute son importance dans les grandes structures, certains pôles étant très vastes. »

Pourtant, depuis 2010, l'article R6146-9-1 du code de la santé publique prévoit que le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Le Pacte de confiance définissait la concertation comme l'action visant à s'entendre pour agir de concert. Ce qui vient limiter en pratique la place des instances. L'échec relatif du dialogue social de proximité tient tout autant de la faible association des cadres que des chefs de pôles eux-mêmes, par ailleurs, eux aussi, peu formés au dialogue social. Mais surtout cet échec tient à l'absence de réflexion au sein des établissements sur les thématiques du dialogue social qui pourraient être déléguées au sein du pôle. Les thématiques liées à l'organisation du travail mériteraient pourtant d'être évoquées au plus près des agents en lien avec l'encadrement.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé dans son article 49, ajoute un avant dernier alinéa à l'article L 6146-1 du code de la santé publique précisant que « le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle. »

L'introduction dans la partie législative du code du rôle du chef de pôle dans l'organisation d'un dialogue social de proximité suffira-t-elle à impulser la dynamique ?

Conclusion

Il ne faut pas nier l'évidence : le dialogue social est aujourd'hui principalement institutionnel et le passage en 3D suscitera de puissantes résistances au changement. Admettre un dialogue social de proximité, au sein du pôle, de la part des directions et des partenaires sociaux revient à déléguer au pôle un pouvoir symbolique. Et si l'on délègue au sein du pôle par exemple une partie de la réflexion sur l'organisation du travail, et que cette organisation recueille au sein du pôle une approbation, un rejet des instances aurait un effet catastrophique. Et il n'est pas non plus impossible qu'à un choix des directions, le pôle propose une autre organisation.

Les acteurs du dialogue social d'aujourd'hui sont-ils prêts à un tel risque dont la symbolique serait forte : elle marquerait une rupture entre la proximité et l'institutionnel.

De même au sein du territoire. Admettre qu'une partie de la gestion des ressources humaines et du dialogue social doit être déléguée au sein d'un groupement c'est déposséder l'établissement.

Et si au final, à l'actuel dialogue social institutionnel se substituait demain un nouveau dialogue social, en 3 dimensions ? Un dialogue social à inventer, où les acteurs doivent définir ce qu'il est pertinent de confier à chaque niveau ?

C'est bien la question de la représentation des directions et des partenaires sociaux au sein de l'établissement qui se pose. Au confort de l'organisation actuelle, avec ses accords d'établissements et ses partenaires identifiés, se substituerait des accords de pôles et des accords de territoires...

Ce qui est certain, c'est que le dialogue social ne se décrète pas. Il faudra bien plus qu'une loi pour changer les pratiques sur le terrain. Il faudra la volonté des femmes et des hommes qui, pour moderniser notre système de santé – et ainsi le sauver – accepteront de dépasser les dogmes et les actuelles organisations.

Au confort de l'organisation actuelle, avec ses accords d'établissements et ses partenaires identifiés, se substituerait des accords de pôles et des accords de territoires...

Jean-Yves COPIN animera une conférence au village consulting du salon Santé et Autonomie, sur cette même thématique le mardi 19 mai 2015 de 14h15 à 15 heures.

La consécration d'un dialogue social médical ou la tentation de Janus

Lorsque l'on évoque le dialogue social dans la fonction publique hospitalière il est vrai que l'on pense à la gestion du personnel non médical. Le groupe⁽²⁾ du pacte de confiance pour l'hôpital ne faisait-il pas état d'une absence d'espace de dialogue social structuré pour les praticiens hospitaliers ?

A l'heure ou la réflexion grandit sur la synchronisation des temps et des organisations du personnel médical et non médical, le projet de loi de modernisation de notre système de santé consacre l'existence binaire du dialogue social dans la fonction publique hospitalière.

Il y a celui qui concerne le personnel médical et celui qui concerne le personnel non médical.

Il est indispensable de reconnaître aux personnels médicaux, comme à l'ensemble des agents de la fonction publique, le droit à la représentation et au droit syndical. Cependant, qu'ils soient médicaux ou non médicaux les personnels peuvent avoir des problématiques communes. Or aujourd'hui, seul le CHSCT associe les deux catégories⁽³⁾.

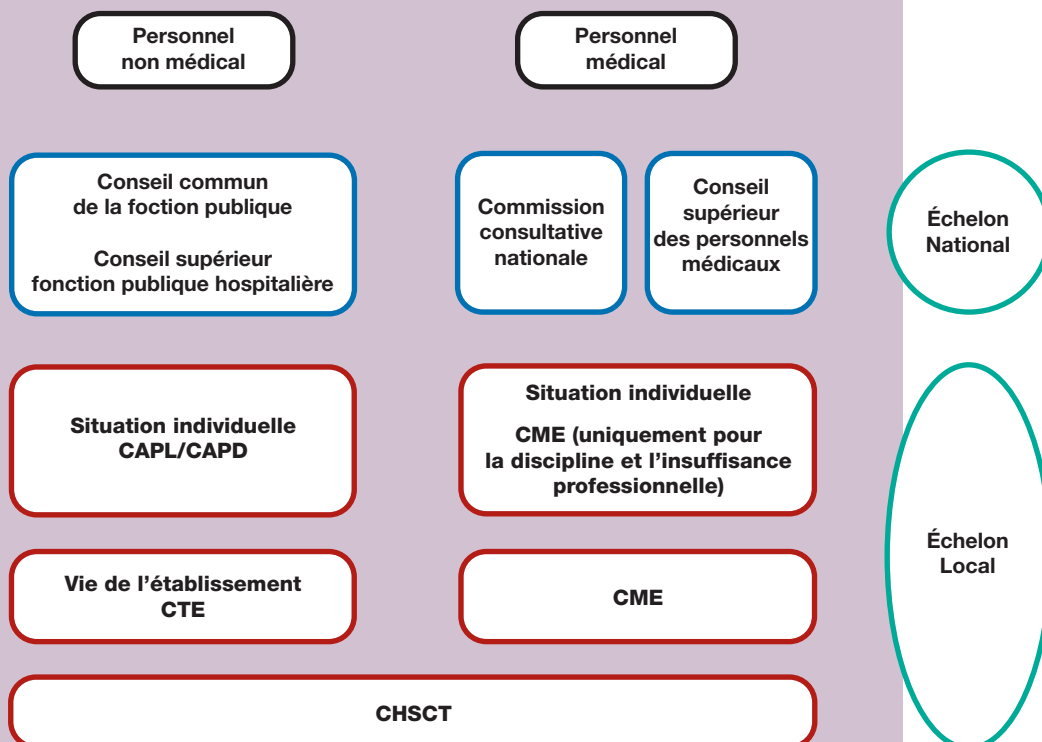
Le pacte de confiance proposait de créer deux sous-commissions dans l'actuel comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, l'une compétente pour les personnels médicaux sur la base d'une composition spécifique, l'autre pour les personnels de la fonction publique hospitalière, avec mise au point de réunions communes régulières sur les questions d'intérêt partagé, sans modification de sa composition actuelle.

A ce jour, l'actuelle composition du CHSCT demeure. La représentation actuelle du personnel médical au sein des CHSCT étant réduite, il est probable que les questions hygiène, sécurité et conditions de travail propre aux personnels médicaux seront toujours absentes des comités. Et pourtant le débat actuel sur l'organisation du temps de travail y a toute sa place...

A suivre donc.

(2) Article 48 du projet de loi.

(3) Pour être exact, l'article R6144-82 du code de la santé publique prévoit que la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.



RESSOURCES HUMAINES

Les dispositions du projet de loi

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé réaffirme que le droit syndical est garanti aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats. Ces organisations peuvent ester en justice. Un décret prévoit la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux des personnels médicaux. Annoncé depuis 1984⁽⁴⁾, un décret devrait venir préciser les catégories de moyens humains accordées aux personnels médicaux.

La création d'un conseil supérieur des personnels médicaux odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé

Le projet de loi prévoit la création d'un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé régis par le présent titre. Son président est nommé par décret.

Il comprendra en outre :

- Des représentants des organisations syndicales représentatives des personnels concernés ;
- Des représentants des ministres concernés ;
- Des représentants des établissements publics de santé.

Ce conseil, équivalent pour le personnel médical du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière serait saisi pour avis des projets de loi, des projets de décret de portée générale relatifs à l'exercice hospitalier des personnels médicaux et des projets de statuts particuliers qui leur sont applicables.

Il examinera toute question relative aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dont il est saisi soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative. Il formulera, le cas échéant, des propositions.

La fixation de règles de représentativité

Le projet de loi prévoit que seront appelées à participer aux négociations ouvertes par les autorités compétentes au niveau national les organisations syndicales des médecins, odontologistes et pharmaciens des établissements publics de santé et des étudiants en médecine, odontologie et pharmacie ayant obtenu, aux dernières élections du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif.

Pour les négociations concernant les praticiens hospitaliers, leurs organisations syndicales doivent, en outre, avoir obtenu au moins un siège dans au moins deux sections du collège des praticiens hospitaliers de la commission statutaire nationale.

Les règles définies pour la présentation aux élections professionnelles des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé régis par le présent titre sont celles prévues à l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ainsi pourront présenter des candidats les organisations syndicales de praticiens qui seront légalement constituées depuis au moins deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts et qui satisferont aux critères de respect des valeurs républicaines et d'indépendance. Les organisations syndicales de praticien affiliées à une union de syndicats qui remplira les conditions pourront également présenter des candidats.

(4) L'article 42, du décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers prévoyait déjà des autorisations spéciales d'absence seraient accordées, par le directeur de l'établissement, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, aux représentants syndicaux des praticiens hospitaliers, dûment mandatés, à l'occasion de la tenue de congrès syndicaux, fédéraux et confédéraux, ainsi que de la réunion des instances nationales et régionales de leur syndicat lorsqu'ils en sont membres élus.

La solution de gestion des Pôles



L'impératif d'intégration

Le responsable de pôle et son équipe doivent savoir en permanence faire le lien entre :

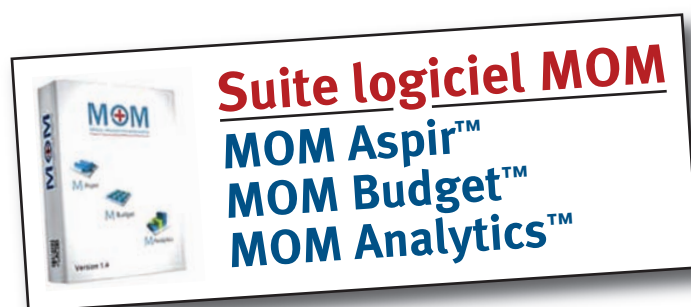
- la stratégie de l'établissement ;
- la stratégie du Pôle ;
- la recherche de meilleurs soins et d'un meilleur service aux patients ;
- la connaissance de l'activité médicale ;
- l'analyse précise des coûts de production des soins.

La solution de l'intégration

Sur une même plateforme, MOM vous permet de faire un lien entre :

- l'activité de soin (actes et parcours) ;
- les ressources humaines ;
- les consommables ;
- les autres charges fixes ;
- les financements.

Conçu notamment pour les EPS, MOM permet de modéliser intégralement votre Pole, pour un meilleur suivi d'activité et une maîtrise totale de l'ensemble de vos charges.



Des sources multiples et hétérogènes

La gestion d'un pôle nécessite de comprendre des données hétérogènes, notamment :

- le PMSI (les diagnostics, les actes, les séjours, les GHM, les GHS etc...) ;
- les données de gestion RH ;
- la comptabilité publique ;
- la comptabilité analytique (par unité d'œuvre, entité, GHS, GHM) ;
- le fichier structure comptable ;
- le fichier structure de gestion (par pôle, service, médecin).

Une mise en œuvre simple

- MOM s'installe sans modifier les systèmes d'information existants.
- La suite MOM utilise ses bibliothèques de données pour accélérer sa mise en œuvre.
- Les résultats de MOM sont utilisables par tous les systèmes de tableaux de bord existants.



Votre partenaire de référence pour les GHT

un plein d'innovations !

M-Obstétrique
Suivi complet de la grossesse

Mobilité
Compagnons mobiles du dossier patient

M-Pharmacie
Circuit de médicaments intégré au DPI

M-Entrepôt
Concentrateur de documents médicaux

M-Bloc Dianesthésie
Dossier d'anesthésie performant

M-GEDoc
GED administrative nouvelle génération

M-RH Chronotime
Gestion des temps et activités



**Un axe médico-
administratif renforcé**

Venez découvrir toutes nos innovations dans
les domaines de production de soins et de
gestion administrative.



**Connect-M, une nouvelle
gamme pour les GHT**

Des solutions innovantes pour supporter les
liens ville-hôpital, les parcours de santé et
pour supporter les coopérations territoriales.



Stand H97 - H98 - H99



**MAINCARE
SOLUTIONS**