

14 Groupements  
Hospitaliers  
de Territoire

GHT

FEUILLE DE ROUTE

# RENCONTRE

AVEC LES ÉTABLISSEMENTS  
SUPPORTS DES GHT

28 Novembre 2016



Grande région  
Nouvelle ARS

# Ordre du jour

- ↘ Cadre législatif et réglementaire
- ↘ Point de situation sur les accompagnements financiers
- ↘ Etat d'avancement des travaux GHT
- ↘ Etat d'avancement des conventions d'association
- ↘ Autres travaux
- ↘ Accompagnement des GHT par l'ARS

# **CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE**

# Le cadre législatif et réglementaire

## ↳ Publiés :

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
- Décret GHT du 27 avril 2016
- Décret **CPT** du 26 octobre 2016 **(1)**
- Arrêté relatif à **l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins** et de la permanence pharmaceutique dans les Ets publics de santé et dans les EHPAD **(2)**
- Arrêté relatif à la **clé de répartition** déterminant la contribution des établissements parties à un GHT aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 **(3)**
- Décret relatif aux établissements de santé assurant le **service public hospitalier** **(4)**

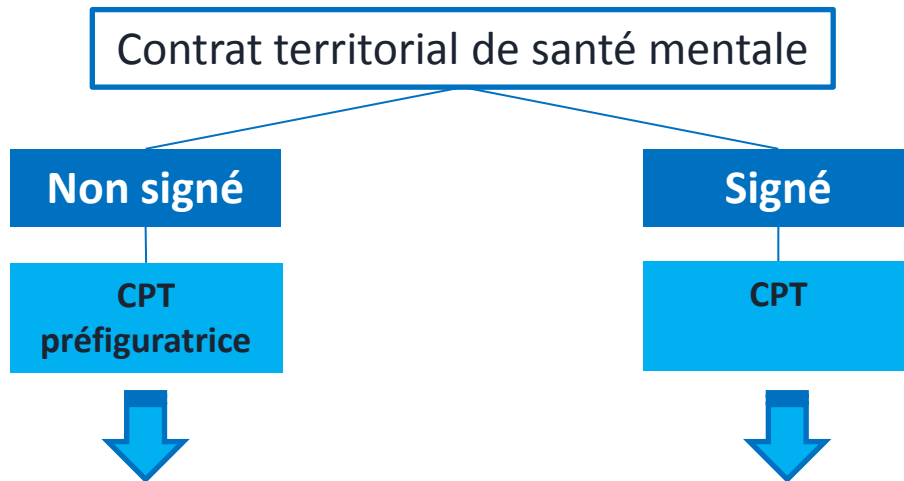
# 1. Les communautés psychiatriques de territoire (CPT)

## ↳ Décret du 26 octobre 2016

- ↳ **Les établissements de service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire (Art L.3221-2)**
- ↳ **Missions :**
  - fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent (parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale)
  - contribue à la définition du projet territorial de santé mentale
  - s'assure de la déclinaison au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale
  - concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par ce projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre
- ↳ **Convention constitutive de 5 ans à approuver par la DG ARS**
- ↳ **Peuvent être associés les autres acteurs du CTSM, les CLS et CLSM**

# 1. Les communautés psychiatriques de territoire (CPT)

## ↳ Relations entre les CPT et les groupements hospitaliers de territoire (GHT)



- ↳ Elle est associée au groupement pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé.
- ↳ Elle définit avec le GHT les modalités de leur coopération.

# 1. Les communautés psychiatriques de territoire (CPT)

## ↳ Etat d'avancement des CPT en Occitanie

### ↳ 4 projets écrits de CPT transmis à l'ARS :

- CPT du Gers (piloté par le CHS du Gers)
- CPT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest (piloté par le CH de Marchant)
- CPT des Hautes-Pyrénées (piloté par le CH de Lannemezan)
- CPT des Pyrénées-Orientales (piloté par le CHS de Thuir)

### ↳ Questions soumises à la DGOS par l'ARS Occitanie :

- ↳ Un établissement peut-il être membre de deux CPT ? Selon avis ARS
- ↳ Le territoire de la CPT doit(peut)-il être celui du GHT ou celui du département ? En cohérence avec le PTSM
- ↳ Pertinence d'une CPT départementale lorsqu'il n'y a qu'un établissement de service public hospitalier autorisé en psychiatrie dans le département ?
- ↳ Un ESPIC peut-il piloter une CPT ? Oui, pas de notion de pilote ou d'établissement support pour les CPT

## 2. La permanence des soins et les GHT

### ↘ Arrêté du 4 novembre 2016

#### ↘ Modification de l'arrêté du 30 avril 2003

↘ Cet arrêté s'applique dès lors que, conformément au SROS PDSES et au PMP du GHT, **les établissements parties ont adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du GHT**

#### ↘ Application :

- Mise en œuvre du Plan pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public (annonce de la Ministre du 4 octobre 2016)
- Homogénéisation des modalités de rémunération de la PDSES

↘ A défaut de schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins

#### ▶ Application de l'arrêté de 2003



### 3. Clé de répartition du GHT (1/3)

Source DGOS

**Objectif fixé par le décret GHT : déterminer la contribution financière des établissements parties à un GHT pour les charges induites par les fonctions et activités mutualisées**

**Principe : arrêté ministériel pour fixer des critères homogènes de répartition de la charge pour tous les ES sur le territoire national**

- Règle ferme s'appliquant à l'ensemble des fonctions et activités mutualisées et qui permet d'éviter de longues négociations entre ES (en phase avec le rapport Hubert-Martineau)
- Fonctionnement souple des GHT : possibilité pour les établissements de réaliser pour des cas particuliers des transferts financiers entre eux en dehors du CRPA G, comme c'est le cas actuellement
- Ce schéma est compatible avec les exigences de certification des comptes : le coût des prestations mises en commun est transparent, la contribution de chacun est révisable chaque année
- Le choix du vecteur retenu-l'arrêté- rend facilement modifiable autant que de besoin les modalités de cette clé en fonction des REX

### 3. Clé de répartition du GHT (2/3)

Source DGOS

**Périmètre d'application de la clé de répartition : une clé de répartition applicable aux seules charges d'exploitation mutualisées**

La clé de répartition s'appliquera aux charges d'exploitation des fonctions mutualisées.

La clé de répartition ne s'appliquera pas de manière obligatoire aux investissements communs

- Pas de clé imposée pour tenir compte de la diversité des situations possibles  
Par exemple un SI, même commun, peut être utilisé de manière différente par les établissements d'un GHT.  
Ex: un logiciel de bloc pas nécessairement déployé dans tous les ES)
- Néanmoins, les GHT peuvent utiliser la clé de répartition pour les investissements communs s'ils le souhaitent

### 3. Clé de répartition du GHT (3/3)

Source DGOS

**Mode de calcul : Une clé de répartition simple basée sur un indicateur unique.**

- La clé est basée sur le total des charges hors titre 4, tous comptes de résultats confondus
- Les charges de titre 4 (comptes 66, 67, 68) ont été exclues car par nature très volatiles et fortement liées au cycle d'investissement
- Le choix de cet indicateur unique présente l'avantage d'être très facile à calculer et à interpréter.
- On peut envisager que la clé évolue en 2018, en fonction du retour d'expérience de l'année 2017.

## 4. Le service public hospitalier (1/4)

- Les établissements de santé assurant le service public hospitalier garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :
  1. Un accueil adapté [...] et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé
  2. La permanence de l'accueil et de la prise en charge [...]
  3. L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité
  4. L'absence de facturation de dépassements des tarifs [...]
  
- Leurs obligations :
  - Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé
  - Ils transmettent annuellement à l'ARS leur compte d'exploitation

## 4. Le service public hospitalier (2/4)

- ↳ Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :
1. Ils peuvent être désignés par le DG ARS pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
  2. Ils peuvent être désignés par le DG ARS en cas de carence de l'offre de services de santé [...] pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population
  3. Ils développent, à la demande de l'ARS et, [...] des actions de coopération avec d'autres établissements [...]
  4. Ils informent l'ARS de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

## 4. Le service public hospitalier (3/4)

- ↘ Le service public hospitalier est assuré par :
  1. Les établissements publics de santé ;
  2. Les hôpitaux des armées ;
  3. Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 (liste publiée au RAA par la DG ARS avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017) ;
    - Si opposition d'un ESPIC à être habilité, information à transmettre à l'ARS avant le 30 novembre 2016
  4. Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.
- ↘ Les établissements de santé privés sont habilités, sur leur demande, par le DG ARS
- ↘ Les établissements de santé privés non habilités et autorisés à exercer une activité de soins de médecine d'urgence sont associés au service public hospitalier.

## 4. Le service public hospitalier (4/4)

- ↘ Contractualisation : avenant au CPOM précisant l'action attendue et les modalités de sa mise en œuvre
  - Pour les ESPIC, avenant avant le 30 juin 2017
- ↘ Sanction (si manquements délibérés ou persistants aux obligations) :
  - Pénalité financière
  - Retrait d'habilitation pour un établissement privé

# Le cadre législatif et réglementaire

↘ En attente :

→ Décret RH :

- Dialogue social
- RH médicales
- DPC

Groupes de travail avec la DGOS autour des impacts RH liés aux fonctions mutualisées (SI, achats, DIM), impacts pour les équipes médicales de territoire, dialogue social, formation

→ Dans le cadre du Plan pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public :

- création d'une prime d'engagement
- amélioration des droits sociaux
- amélioration des droits d'exercice
- création d'une prime d'exercice territorial
- prise en compte du temps de travail
- création d'un deuxième palier de l'indemnité d'engagement de service public exclusif

**Actions prioritaires qui entreront en vigueur à la fin de l'année 2016**





# **POINT DE SITUATION SUR LES ACCOMPAGNEMENTS FINANCIERS**

# Point de situation sur l'Accompagnement financier (1/3)

## ↳ **Au niveau national :**

- Plan national d'accompagnement des GHT
- Crédits AC : 3ème circulaire (en cours d'arbitrage)
- Dispositifs « prépayés » (UNIHA, EHESP...)
- Plan de soutien à l'investissement annoncé par la Ministre (2 milliards d'euro) en 2017 ou 2018, avec trois volets : immobilier, innovation, numérique ► Immobilier et numérique pourraient concerner les GHT :
  - Immobilier : soutien des infrastructures pour la proximité (ex adaptation d'hôpital local, adossement MSP à hôpital...)
  - Numérique : accompagnement de la convergence des SI

## ↳ **Bilan de l'utilisation des premiers crédits pour le 10 décembre 2016**

# Point de situation sur l'Accompagnement financier (2/3)

*Appel à candidature pour le dispositif d'aide à la mise en place de coopérations en matière de biologie médicale au sein d'un GHT (ANAP)*

## → Objectifs :

- aider les acteurs à mieux appréhender les enjeux d'une coopération en biologie
- leur apporter des éléments objectifs et pratiques pour prendre des décisions de réorganisation territoriale et les mettre en œuvre

## ▶ 2 modules de 2 jours consécutifs

## → Candidature sur le site de l'ANAP (date limite = jusqu'à 4 semaines avant la date du module choisi) :

- Session 1 : M1 (18 et 19 janvier 2017) et M2 (6 et 7 juin 2017)
- Session 2 : M1 (14 et 15 mars 2017) et M2 (13 et 14 septembre 2017)
- Session 3 : M1 (22 et 23 mai 2017) et M2 (6 et 7 décembre 2017)

## → Une seule candidature pour l'ensemble des établissements concernés d'un GHT : au moins 2 établissements parties d'un GHT (binôme biologiste/directeur pour chaque ets)

# Point de situation sur l'Accompagnement financier (3/3)

*Appel à candidature pour le dispositif d'aide à la mise en place de coopérations en matière de biologie médicale au sein d'un GHT (ANAP)*

## → Contenu des 2 modules :

- Module 1 : enjeux et actualité de la biologie médicale, démarche outillée d'aide au choix d'un scénario d'organisation territoriale
- Module 2 : analyse croisée entre territoires des objectifs, ressources et besoins de chaque coopération et des différents scénarios envisagés. Il développe les fiches d'aide à la mise en œuvre et outils de simulation médico-économique associés et propose un appui à l'élaboration de la feuille de route de mise en œuvre de la coopération.

## → Modalités d'organisation :

- Lieux : locaux de l'ANAP situés au **23 avenue d'Italie, 75013 PARIS**.
- Frais de déplacement, de restauration et d'hébergement éventuels à la charge des établissements

# L'accompagnement des GHT



## EHPSP

- **Ateliers opérationnels sur le PMP**
- Formateurs relais EHPSP
- Formation organisée au niveau du GHT (en région)
- Implication de l'ARS dans les ateliers opérationnels
- Données fournies par le GHT
  
- Accès à la formation :
  - Demande à formuler par les GHT auprès de l'ARS.
  - Activation par la DGOS après remontée ARS
  
- **Actuellement, 6 GHT ont fait une demande : GHT du Gers, GHT des Hautes-Pyrénées, GHT de Rouergue, GHT Ouest-Audois, GHT Tarn, Revelois, Saint-Ponais, GHT Pyrénées Ariégeoises**



## CNG

- **Accompagnement professionnel collectif des équipes de direction, CME, chefs de pôle**
- Accès : demande à transmettre par le directeur au CNG, copie ARS
- Modalité de financement : Fonds propres des établissements
  
- **Actuellement, aucun GHT n'a transmis de demande à l'ARS**

# L'accompagnement des GHT



- **UNIHA**
- **Appui opérationnel à la conduite du changement : identifier un sujet à traiter (exemples : gouvernance, RH, fonctions médico-techniques, une filière de soins, ...)**
- 40 à 50 jours financés
  
- 6 GHT retenus en région LRMP :
- **Est-Hérault et Sud-Aveyron** : Filière « Maladie chroniques et métaboliques »
- **Cévennes-Gard-Camargue** : Filière psychiatrique
- **Gers** : Filière « urgences »
- **Hautes-Pyrénées** : Stratégie de territoire
- **Tarn-et-Garonne** : Equipes médicales dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle du PMP
- **Tarn, Revelois, Saint-Ponais** : Fonction à organiser en commun « Biologie médicale »
  
- **Actuellement : besoins transmis à UNIHA, cahier des charges en cours d'élaboration**

# L'accompagnement des GHT



## AC non reconductibles

- Aide à la Mise en œuvre des GHT pour financer des postes de chef de projet ou des prestations personnalisées par GHT
- 1<sup>ère</sup> circulaire : Somme forfaitaire : 40 340€/ets support
- 3<sup>ème</sup> circulaire d'ici la fin de l'année : en cours d'arbitrage à la DGOS



## FIR

- Appel à projet pour les Systèmes d'Information (date limite = 10/11/16)
- 13 projets reçus
- 9 pour le domaine 1 (SDSI du GHT) en lien avec RESAH
- 4 pour le domaine 2 (infrastructures partagées)
  - En cours d'arbitrage
- Accompagnement personnalisé de chaque GHT



# ÉTAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX DES GHT



# État d'avancement des travaux des GHT

**GHT**

Convention constitutive approuvée

Convention constitutive non approuvée

## Etat d'avancement du PMP

Filières identifiées

**Entre 4 et 10** filières au travail

- Urgences et réanimation
- Gériatrie/personnes âgées/vieillessement
- Psychiatrie /santé mentale/addiction
- Femme-couple-mère-enfants
- Maladies chroniques et métaboliques
- Oncologie médicale
- Chirurgie y compris oncologique
- Médecine infectieuse-Hygiène hospitalière
- Médecine palliative et douleur
- Prospective médecine
- Imagerie
- Consultations avancées
- SSR
- AVC
- Biologie
- Pharmacie

**8** filières :

- Urgences et soins critiques (incluant AVC)
- Femme, mère, couple, nouveau-né, enfant
- Santé des jeunes
- Maladies chroniques et métaboliques
- Cancer (incluant soins de support)
- Addictions
- Santé mentale et psychiatrie
- Personnes âgées et vieillissement

Organisation des travaux

- Groupes de travail
- Chefs de projet nommés (avec ou sans lettres de mission élaborées) ou binôme administratif/médical
- Modélisation d'une trame pour l'avenant de décembre

- Groupes de travail

# État d'avancement des travaux des GHT

GHT	Convention constitutive <u>approuvée</u>	Convention constitutive <u>non approuvée</u>
<b>Etat d'avancement des fonctions mutualisées dévolues à l'ets support</b>		
<b>SIH</b>	• 11 candidatures à l'AAP ARS	• 2 candidatures à l'AAP ARS
<b>DIM</b>	Désignation du DIM de Territoire pour 10 GHT (=DIM de l'ets support)	• DIM de Territoire non désigné
<b>Achats</b>	Groupe de travail achat mis en place dans les 12 GHT	Travaux à engager quand CC approuvée
<b>Formation</b>	Groupe de travail RH mis en place avec un axe autour des plans de formation	Travaux à engager quand CC approuvée

# Les points d'attention

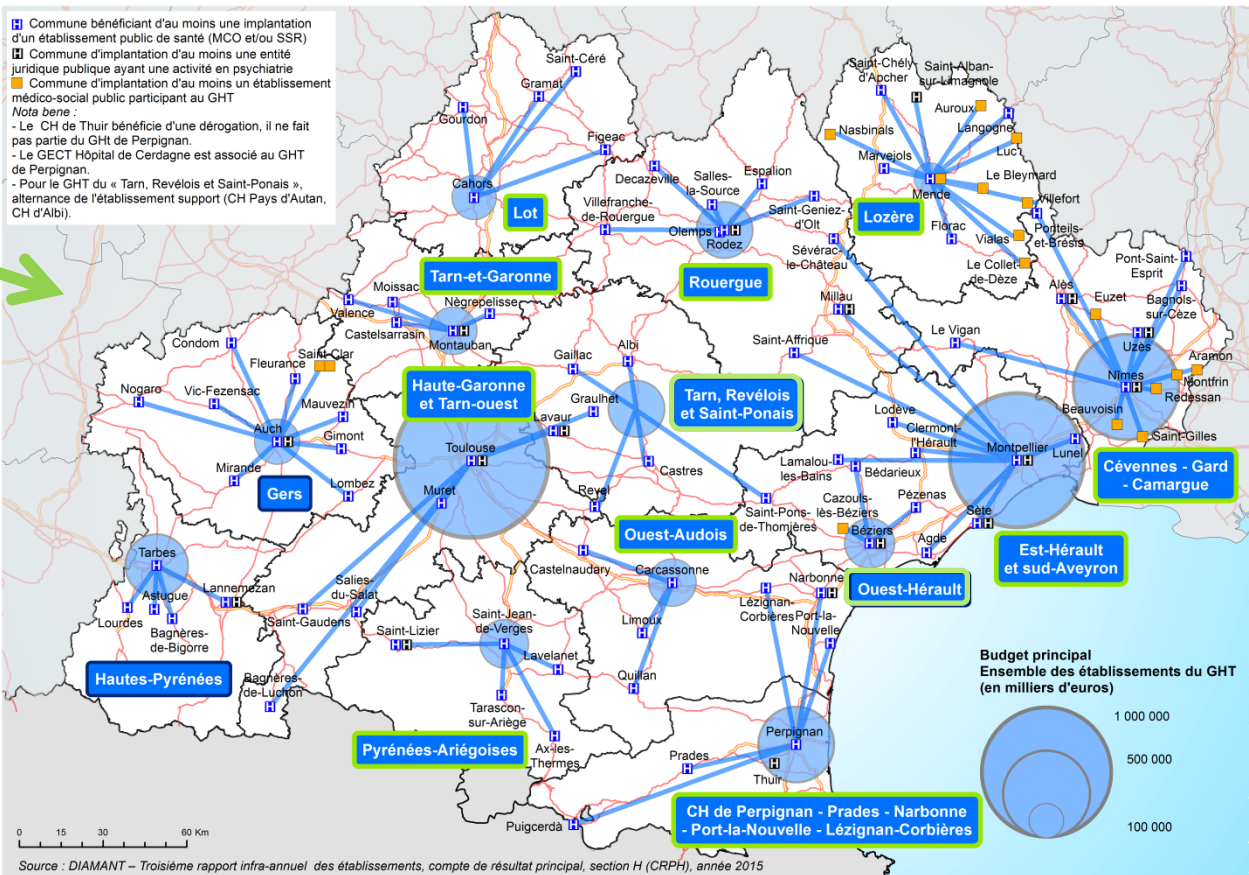
- ↘ Parallélisme des formes pour le prochain avenant
  - Avis/délibérations des instances : contraintes de calendrier
    - Demande de délai supplémentaire à l'ARS pour réunir toutes les instances
    - Envoi du projet d'avenant à l'ARS au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016
    - Envoi de l'avenant définitif signé au plus tard le 31 janvier 2016 avec l'ensemble des avis/délibérations des instances
  - Prendre en compte les réserves formulées par l'ARS
- ↘ Les relations entre l'établissement support du groupement et les membres
- ↘ Mise en œuvre progressive
- ↘ Dialogue et concertation

# **ÉTAT D'AVANCEMENT DES CONVENTIONS D'ASSOCIATION ENTRE LES GHT ET LES CHU DE RÉFÉRENCE**

# Point de situation des 14 GHT

**12** Conventions constitutives approuvées à ce jour

- Quelques réserves à lever d'ici fin 2016
- 2 en cours



14 GHT



# Le positionnement spécifique des CHU dans les GHT

*Le cadre législatif et réglementaire (Art. L. L. 6132-1.-III et L. 6132-3.-IV)*

- ↳ **Convention d'association obligatoire entre l'établissement support du GHT et un CHU** au titre des activités hospitalo-universitaires réglementaires, au bénéfice des établissements parties aux GHT auxquels ils sont associés :
  1. Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux
  2. Les missions de recherche
  3. Les missions de gestion de la démographie médicale
  4. Les missions de référence et de recours

- ↳ **Éléments pris en compte par les GHT pour le choix du CHU de référence :**

- Subdivision universitaire
- Flux de patients
- Accessibilité géographique

**Parfois 2 CHU pressentis par les GHT**

# Le positionnement spécifique des CHU dans les GHT

Les CHU pressentis dans les conventions constitutives des GHT en Occitanie :

CHU de Toulouse

CHU de Montpellier

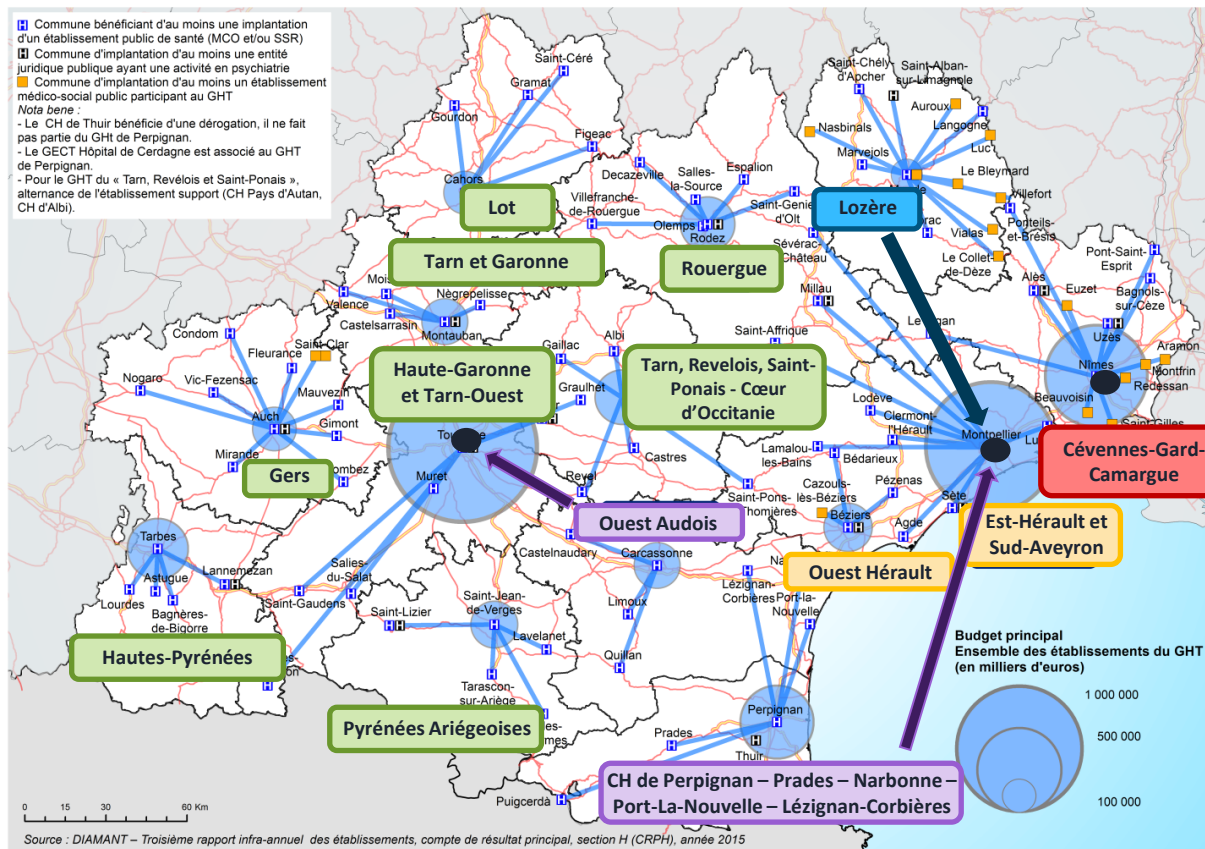
CHU de Nîmes

CHU de Toulouse ou CHU de Montpellier

CHU de Nîmes ou CHU de Montpellier

● CHU

➔ Si un seul CHU à choisir



# Le positionnement spécifique des CHU dans les GHT

- ↳ **Au niveau national :**
  - Convention d'association type : pas encore de consensus des conférences
  - Travaux en cours sur des propositions d'orientation(s) pour chacune des missions des CHU dans les GHT
- ↳ Sujet traité les 8 et 9 décembre aux assises hospitalo-universitaires



# Le positionnement spécifique des CHU dans les GHT

## ↳ Au niveau régional :

- Echanges entre GHT et CHU de référence mais pas de travaux engagés sur l'élaboration d'une convention d'association
- Echange collectif ARS/CHU le 28 novembre 2016 pour faire le point sur l'état d'avancement des travaux et des missions relatives aux CHU de référence
- Tous les GHT doivent avoir conclu une **convention d'association** avec **un centre hospitalier universitaire de référence** au plus tard le **1<sup>er</sup> juillet 2017**. Les autres CHU de la région pourront être associés à la mise en œuvre d'activités du PMP du GHT au travers de conventions d'association

# AUTRES TRAVAUX

# Les Monographies de l'ANAP

- ↳ Plan national d'accompagnement des GHT ► ANAP chargée par la DGOS de réaliser des monographies à partir de retours d'expériences (REX) réussies sur la mise en place de filières territoriales et sur des mutualisations des fonctions de soutien et de support
- ↳ GHT susceptibles de contribuer aux REX sur la mise en place de filières territoriales :
  - GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron : filières à déterminer
  - GHT Haute-Garonne et Tarn-Ouest : filières à déterminer
  - GHT Ouest Hérault : sur les mutualisations
  - GHT Pyrénées Ariégeoises : sur le réseau ville/hôpital et le projet médico-soignant



# L'ACCOMPAGNEMENT DES GHT PAR L'ARS

# L'accompagnement des GHT par l'ARS

↳ Au sein de l'ARS :

- **Pilotage par la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie**, avec l'appui des Délégations Départementales, de la Direction des Territoires, de la Direction du Premier Recours, de la Direction de la Santé Publique et de la Direction des Projets
  - Un interlocuteur du siège dédié par GHT :
    - Olivia LEVRIER : 12, 30, 34+12, 46, 65, 81, 82
    - Xavier FAURE : 9, 11, 31, 32, 34 ouest, 48, 66
  
- **Des référents opérationnels dans les délégations départementales** pour suivre les travaux d'élaboration du PMP et PSP au sein de chaque GHT
  
- **Un point de suivi ARS/DGOS** minimum tous les 15 jours permettant de faire remonter les remarques/interrogations des GHT

# Les suites de cette rencontre

- ↳ Des points réguliers collectifs
  - Avec les 3 CHU : nouvelle date à fixer
  - Avec les 14 ES : nouvelle date à fixer
- ↳ Réunion ad hoc pour les 6 GHT accompagnés par UNIHA
- ↳ Structuration dialogue ARS / GHT par GHT : un point régulier par GHT avec l'interlocuteur identifié (prochaine en décembre-janvier)
- ↳ Associer le plus largement possible :
  - Les instances internes du GHT
  - Les membres et partenaires du GHT

14 Groupements  
Hospitaliers  
de Territoire

GHT

MERCI DE VOTRE  
ATTENTION

# RENCONTRE

AVEC LES ÉTABLISSEMENTS  
SUPPORTS DES GHT

28 Novembre 2016



Grande région  
Nouvelle ARS

# Glossaire

CLS :	Contrat Local de Santé
CLSM :	Conseil Local de Santé Mental
CPT :	Communauté Psychiatrique de Territoire
CRPA :	Comptes de Résultat Prévisionnels Annexes
CTSM :	Contrat Territorial de Santé Mentale
ES :	Etablissement de Santé
PMP :	Projet Médical Partagé
PSP :	Projet de Soins Partagé
PTSM :	Projet Territorial de Santé Mentale
REX/RETEX :	Retour d'Expérience
SI/SIH :	Système d'Information/Système d'information Hospitalier
SPH :	Service Public Hospitalier

