



# Gouvernance et organisation des PUI : projet pharmaceutique de territoire

23 novembre 2017

Christophe JACQUINET  
Santéliance Conseil



## Séquence 1

# LE CONTEXTE STRATEGIQUE :

# POURQUOI DES GHT ?

Pharmacies internes & GHT

# 1. Le plan ONDAM 2015-2017

# Présentation générale du Plan ONDAM

4

- ❖ Le plan ONDAM vise une évolution structurelle de notre système de santé en 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses (de 10 Mds € à horizon 2017).
- ❖ Le plan est structuré en 4 grands objectifs, partagés entre l'Etat et l'Assurance Maladie :
  - Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission
  - Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement
  - Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques
  - Améliorer la pertinence et le bon usage des soins

# Les 8 leviers nationaux

## Leviers nationaux

Besoin ARS	Livrable	Responsable	Échéance
Obtenir un accompagnement national (appui pour les SIH, développement de compétences au sein des ARS)	<b>Cahier des charges + programme de travail des opérateurs (ANAP notamment)</b>	DGOS / SG / ANAP	A remettre en mars 2015
Conduire dès à présent la pédagogie sur les GHT	<b>Éléments de communication sur les GHT (non orientés plan d'économies) à promouvoir auprès des ES</b>	DGOS PF	A remettre en mars 2015
Elaborer un projet médical commun pour chaque GHT	<b>Méthodologie d'élaboration du projet médical commun</b>	DGOS PF / ANAP	A remettre courant 2015
Définir les modalités d'articulation des GHT avec les coopérations existantes (dérogations au dispositif pour garantir la pérennité de coopérations parfois mixtes opérantes, identification des coopérations à préserver) et la place de chaque type d'établissement (en particulier ES privés et EPSMS)	<b>Loi / décret / instructions / boîte à outils sur GHT</b>	DGOS PF	A remettre courant 2015
Identifier les leviers de mise en œuvre et de suivi des projets médicaux	<b>Loi / décret / instructions / boîte à outils sur GHT</b>	DGOS PF	A remettre courant 2015
Définir les modalités de fonctionnement opérationnel sans personnalité morale des GHT (en particulier facturation inter-établissements)	<b>Loi / décret / instructions / boîte à outils sur GHT</b>	DGOS PF	A remettre courant 2015

## Outils ANAP à disposition pour mener les projets

Outil ANAP	Description du contenu	Date de publication
Guide méthodologique coopération		Mai 2015
SI des coopérations		Disponible
Externalisation mutualisation SI	Guide de retour d'expériences	Disponible
Outils filière de soins		Mars 2015

1 PHARE

2 VIRAGE AMBULATOIRE ET IMPACT CAPACITAIRE

3 MASSE SALARIALE

4 OPTIMISATION DES ENVELOPPES ET SUIVI DES ES EN DIFFICULTÉ

5 PERTINENCE

6 MEDICAMENT

7 TRANSPORT

8 GHT

## 2. L'étude d'impact sur les GHT pour l'avant projet de loi de santé

# Extraits de l'étude d'impact du 14/10/14

7

« La dynamique renforcée de coopération devrait se traduire par des économies. Les efforts d'efficience attendus sont évalués à environ **400 M€ sur 3 ans** (...). En construction ces économies (annuelles d'ici 2017) portent sur :

- La réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques : 270 M€ sur 14,4 Mds€ (soit une baisse de 1,8%)
- La réduction du coût de l'intérim médical de 10%, soit 50 M€ (sur 500 M€)
- La réduction du nombre de gardes/astreintes de 5%, soit 38 M€ (sur 760M€) »

> Il manque 42 M€ dans ce détail

# 3. La loi de modernisation de santé



# Introduction **de l'article GHT (107)** de loi de santé du 26/01/16

9

- 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.
- Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un **projet médical partagé** garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

# Objet du GHT & mutualisations (1)

10

Loi de modernisation du système de santé

La **convention constitutive** du GHT définit :

- 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire
- 2° Les délégations éventuelles d'activités, administratives, logistiques, techniques et **médico-techniques**
- 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement
- 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements

# Objet du GHT & mutualisations (2)

11

Article 107 de la loi du 26/01/2016

L'établissement support DÉSIGNÉ par la convention constitutive ASSURE LES FONCTIONS suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- 1° 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 ;
- 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- 3° La fonction **achats** ;
- 4° 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 des établissements du groupement.

L'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et **médico-techniques**.

# Définition du PMP (1)

12

Décret du 27/04/16

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il **COMPREND** notamment :

- 1° Les **objectifs médicaux** ;
- 2° Les **objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**;
- 3° L'**organisation par filière d'une offre de soins graduée** ;

# Définition du PMP (2)

13

Décret du 27/04/16

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

- la permanence et la continuité des soins ;
- les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
- les activités ambulatoire, d'hospitalisation partielle et conventionnelle
- les plateaux techniques ;
- la prise en charge des urgences et soins non programmés ;
- l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- les activités d'hospitalisation à domicile ;
- les activités de prise en charge médico-sociale.

# Définition du PMP (3)

14

Décret du 27/04/16

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

6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du **centre hospitalier universitaire** portant sur l'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, la recherche, la gestion de la démographie médicale et les filières de référence et de recours ;

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

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

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



## Séquence 2

# MANAGEMENT OPERATIONNEL : POURQUOI UNE COOPÉRATION ENTRE PUI ?

Pharmacies internes & GHT

# 1. Les fondements **juridiques** de la coopération territoriale entre PUI



# Décret n°2016-524 du 27/04/2016

17

Art. R. 6132-16

I. - La fonction achats comprend les **missions** suivantes :

- 1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
- 2° La planification et la passation des marchés ;
- 3° Le contrôle de gestion des achats ;
- 4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

II - Un **plan d'action des achats** du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement

# Ordonnance PUI du 15/12/2016

18

Obligation de formaliser un **projet pharmaceutique**, partie intégrante du projet médical partagé du GHT qui comprendra :

- Une prévision des modalités de coopération entre PUI du GHT et PUI externes
- Une désignation de la PUI chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par les établissements du GHT ne disposant pas de PUI
- Une coordination des PUI du GHT par un pôle inter-établissement ou par une PUI d'un des établissements du GHT

Pas de modification des **missions du pharmacien gérant**

La coordination par une PUI ou un pôle inter-établissement n'est pas une superstructure qui régit le fonctionnement de toutes les PUI

## 2. Etude d'impact des coopérations en PUI par l'ANAP

(« Les coopérations territoriales en Pharmacies à usage intérieurs - Retour d'expériences », ANAP, mai 2017)

# Les 3 dimensions de la performance

20

Etude d'impact par l'ANAP des coopérations en PUI sur 11 GCS de moyens entre établissements publics et privés sur 3 domaines:

- ▣ La qualité de la prise en charge des patients
- ▣ La performance organisationnelle
- ▣ L'efficacité médico-économique

# Enjeux des coopérations en PUI (1)

21

- Le pilotage **médico-économique**
  - ▣ Livret thérapeutique commun (harmonisation des pratiques professionnelles)
  - ▣ Massification des achats
  - ▣ Contrôle des consommation médicamenteuses
  
- La **diversification** des activités (pharma clinique)
  
- Renforcer la **présence pharmaceutique** (permanence)

# Enjeux des coopérations en PUI (2)

22

- **Sécuriser** la prise en charge médicamenteuse et circuit des produits de santé
  - Innovations technologiques à fort impact organisationnel (automates de dispensation nominative, robots de stockage)
  - Conformité des locaux de PUI
  - Centraliser les préparations à risques (chimiothérapies, nutrition parentérale)
  - Partage des installations avec les établissements sans PUI
  - Mutualiser les fonctions de qualité et gestion des risques

### 3. Les 6 facteurs clés de **réussite** des coopérations en PUI selon l'ANAP

# 1. Un projet pharmaceutique partagé

24

- Réfléchir ensemble à l'**harmonisation** de la politique du médicament et des produits de santé
- Améliorer les **pratiques** professionnelles et organisationnelles
  - ▣ Livret des médicaments et des DM communs
  - ▣ Bon usage médicaments et des DM
  - ▣ Harmonisation des protocoles thérapeutiques
- Accepter que le projet soit **évolutif** car le PMP lui-même sera évolutif



## 2. Un portage du projet

25

- Vérifier que tous les niveaux **institutionnels** sont impliqués
  
- Travailler sur **l'adhésion** des acteurs clés
  - ▣ Médecins (Présidents CME)
  - ▣ Directions des soins
  - ▣ Responsables médicaux concernés
  
- Impliquer très fortement l'encadrement de **proximité**

# 3. Une gestion et conduite de projet

26

- Analyser la **situation** selon différentes méthodes
- Bien définir les objectifs de **résultats** dont études médico-économiques (Business-plan du projet, ROI)
- Adopter une **feuille de route** avec des plans d'actions et des fiches actions
- Commencer par la **Gouvernance** et définitions des missions
  - Comité de pilotage du projet (directeurs, pdts CME, responsables des services)
  - Groupe projet (les acteurs directement impliqués)
  - Groupes thématiques

# Quels **bénéficiaires** à satisfaire ?

27

## Clients

## Partenaires

### Cas d'une filière de soins territoriale

- ◆ Clients finaux (la population)
  - ◆ Patients
  - ◆ Accompagnants des patients
  
- ◆ Clients prescripteurs
  - ◆ Professionnels de santé correspondants
  - ◆ Prescripteurs indirects

- ◆ Professionnels internes
  - ◆ Médecins
  - ◆ Personnels
  
- ◆ Autorités publiques
  - ◆ Elus locaux
  - ◆ Tutelles-régulateurs

# Quels sont ses attentes ?

28

		Types d'attentes		
		Implicites	Explicites	Latentes
Nature des attentes	Activités			
	Conditions			
	Economie			

# Quel diagnostic **stratégique** ?

29

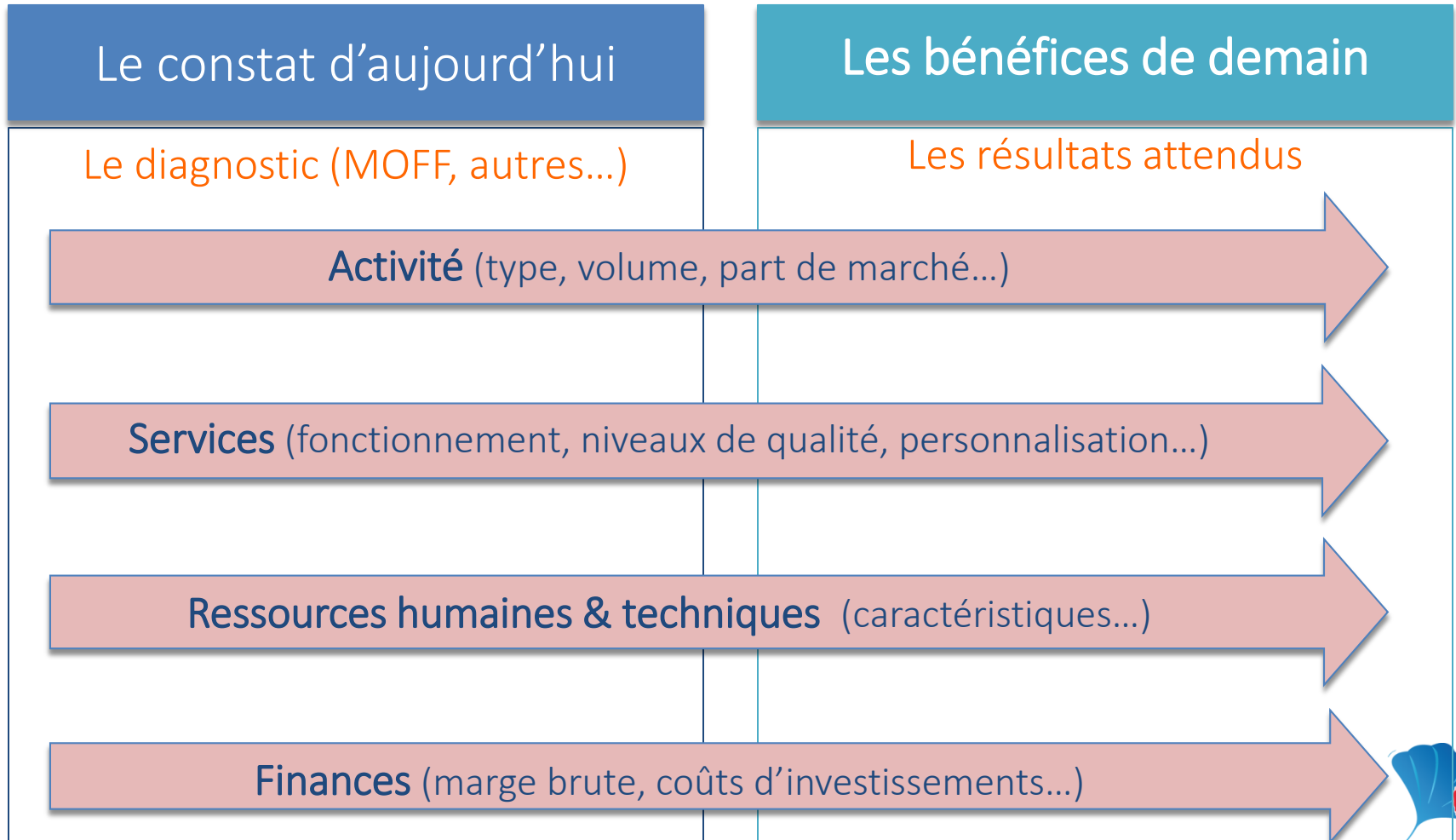
Disposer d'un diagnostic par rapport aux concurrents de la filière territoriale



		Menaces externes	Opportunités externes	Faiblesses Internes	Forces Internes
Activité	Type d'activité Type d'étapes Niveau d'activité				
Services	Qualité/fonctionnement R. humaines R. techniques				
Conditions	Conformité Finances				

# Je veux aller où ?

30



# J'**anticipe** le succès et les difficultés ?

31

## Facteurs clés de succès

- ❖ Les **acteurs** internes et externes concernés
- ❖ Les **ressources** nécessaires au pilotage de la transformation
- ❖ Les **éléments** de l'environnement du projet

## Facteurs clés de difficultés

- ❖ Les **acteurs** internes et externes concernés
- ❖ Les **ressources** nécessaires au pilotage de la transformation
- ❖ Les **éléments** de l'environnement du projet

# Je vais y aller avec/sans/contre **qui** ?

32

		- CAPACITE D'INFLUENCE +		
- ADHESION AU PROJET +	Allié Suiveur	Allié Assez influent	Allié Leader	
	Inquiet Suiveur	Inquiet Assez influent	Inquiet Leader	
	Opposant Suiveur	Opposant Assez influent	Opposant Leader	



# 4. Une communication interne et externe

33

- Rôle du **comité de pilotage** de formaliser un plan de communication
- Être à **l'écoute** de ce qu'il se dit pour adopter les bons **arguments clés**
- Disposer impérativement de **personnes relais** de communication positive dans chaque établissement/services

# Je vais **communiquer** à qui ?

34

informer et  
mobiliser

- ◆ Tous les acteurs concernés par le changement
- ◆ Tous les acteurs « périphériques » au changement

rassurer et  
convaincre

- ◆ Les leaders inquiets
- ◆ Les assez influents inquiets

convaincre  
et  
contredire

- ◆ Les leaders opposants
- ◆ Les assez influents opposants

solidifier et  
mobiliser

- ◆ Les leaders alliés
- ◆ Les assez influents alliés

# Quel **plan** de communication ?

Acteurs ciblés	Leurs attentes	Supports & évènements	Echéances clés	EDL & argumentaire de communication
Médecins concernés				
Personnels concernés				
OS et IRP				
CME				
PS correspondants				
Tutelles/régulateurs				
Elus locaux				
Opinion publique				

# 5. Un système d'information

36

- Traiter le sujet des SI au départ du projet territorial, car un des éléments **clés**
  
- Penser à la **gouvernance** : un comité opérationnel SI (acteurs internes et prestataires)
  
- Faire un **état des lieux**
  - ▣ Cartographie des flux d'informations
  - ▣ Etat des infrastructures, des équipements et des applicatifs
  - ▣ Compétences humaines en SI

# 6. Automatisation de la dispensation nominative

37

- Automatiser les tâches manuelles pour :
  - Obtenir des gains de productivité en central
  - Sécuriser le circuit des médicaments des établissements
- Atteindre une taille critique pour cet investissement
- Réfléchir sur les 2 types d'automatisation centralisée
  - doses individuelles et nominatives pour formes orales sèches (sachets uni ou multidoses à partir de vrac)
  - doses individuelles multiformes (surconditionnement)



## Séquence 3

### **METHODOLOGIE :**

### CONDUIRE LA TRANSFORMATION (DEUX CAS PRATIQUES)

Pharmacies & territoires

# Méthode simple d'analyse d'une filière de coopération territoriale

39

## (1) CE QUE JE SAIS DU TERRITOIRE DE PRISE EN CHARGE DES MALADES POUR CETTE FILIÈRE

- Principales communes de ce territoire
- Modalités et temps de transports entre ces communes
- Population (quantité, indicateurs socio-économiques) de ces communes
- Offre de soins et offre médico-sociale en rapport avec cette filière

## (2) CE QUE JE SAIS DES ETABLISSEMENTS DU GHT IMPLIQUÉS DANS CETTE FILIÈRE TERRITORIALE

- **Activité** (type, niveaux, part d'activité territoriale et territoires de recrutement ) des établissements du GHT pour cette filière.
- **Ressources nécessaires** à la réalisation de ces activités par les établissements du GHT (ressources humaines et ressources techniques).



### **(3) CE QUE JE SAIS DES ATTENTES DES BÉNÉFICIAIRES VIS-A-VIS DE CETTE FILIÈRE TERRITORIALE**

#### **Les attentes (explicites/implicites/latentes) des**

- patients du territoire
- médecins de premier et de second recours du territoire
- personnels et médecins des établissements du GHT pour cette filière
- autorités publiques (élus et tutelles-régulateurs)

#### **En termes de**

- activité (type, niveau, parts de marché)
- service (fonctionnement et qualité)
- ressources (humaines et techniques) pour la réalisation des services
- Conditions de fonctionnement (conformité et finances)

## (4) CE QUE J'ANALYSE POUR CETTE FILIÈRE TERRITORIALE

- au regard des attentes des bénéficiaires
- en comparaison avec d'autres établissements

		Menaces externes	Opportunités externes	Faiblesses Internes	Forces Internes
Activité	Type d'activité Niveau d'activité				
Services	Qualité/fonctionnement R. humaines R. techniques				
Conditions	Conformité Finances				

## **(5) CE QUE JE VEUX FAIRE CHANGER POUR CHACUN DES BÉNÉFICIAIRES DANS CETTE FILIERE TERRITORIALE EN TERMES DE**

- activité (type, niveau, parts de marché)
- service (fonctionnement et qualité)
- ressources (humaines et techniques) pour la réalisation des services
- conditions (conformité et finances)



SEQUENCE 4  
RÉPONSES AUX  
PROBLEMATIQUES :  
ATELIERS EN SOUS GROUPE

## 3 QUESTIONS POUR CHAQUE ATELIER

VOUS ÊTES PLUSIEURS DIRIGEANTS DU GHT.....

Vous vous répartissez aux choix les fonctions suivantes :

- directeur et président de l'établissement support,
- directeur et président de la CME d'établissements parties au GHT particulièrement concerné par cette filière,
- directeur et président de la CME d'un(d') établissement(s) partenaire(s) du GHT particulièrement concerné(s) par cette filière

Vous désignez vos porte-paroles (au moins deux, trois seraient bien)

## **Q1. Quel sont les bénéficiaires de cette transformation de l'organisation de cette filière ?**

Réfléchissez pour qui vous travaillez ?

Identifiez au maximum 3 bénéficiaires (ou catégories de bénéficiaires) de cette amélioration

*Vos notes :*

## Q2. Quel seront les facteurs clés de succès dans le cas pratique ?

*Pensez en particulier aux aspects humains*

*Qui sont les alliés assez influents internes et externes ?*

*Vos notes :*

### Q3. Quel seront les facteurs clés de difficultés dans le cas pratique ?

*Pensez en particulier aux aspects humains*

*Qui sont les opposants assez influents internes et externes ?*

*Vos notes :*





**ANNEXE** —  
LES GHT DANS LA LOI & LE  
DECRET

# 1. La convention constitutive

# Convention constitutive du GHT (1)

51

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

La convention constitutive du GHT définit :

- 1° **UN PROJET MÉDICAL PARTAGÉ** de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire
- 2° **LES DÉLÉGATIONS ÉVENTUELLES D'ACTIVITÉS** (administratives, logistiques, techniques et médico-techniques)
- 3° Les **TRANSFERTS ÉVENTUELS D'ACTIVITÉS** de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement
- 4° **L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS ET LA RÉPARTITION DES EMPLOIS** médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements

# Convention constitutive du GHT (2)

52

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

5° Les **MODALITÉS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT** du groupement, notamment :

- a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux ;
- b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé.
- c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;
- d) Le rôle du comité territorial des élus locaux.

# Convention constitutive du GHT (4)

53

Décret du 27/04/16

I. La **CONVENTION CONSTITUTIVE** du groupement hospitalier de territoire est constituée de deux volets :

1°) Le volet relatif au projet médical partagé;

2°) Le volet relatif aux modalités de fonctionnement comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

II. La convention détermine les **COMPÉTENCES DÉLÉGUÉES À L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT** du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement.

(→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

III. La convention constitutive est conclue pour une **DURÉE** de 10 ans.

# Convention constitutive du GHT (5)

54

Décret du 27/04/16

Le **RÈGLEMENT INTÉRIEUR** est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement. (→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

# Décisions relatives à la gouvernance

# Comité stratégique (1)

56

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

La **COMPOSITION** du COMITÉ STRATÉGIQUE comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement.

Le comité stratégique peut mettre en place un **BUREAU RESTREINT** auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.

(→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)



# Comité stratégique (2)

57

Décret du 27/04/16

Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est **PRÉSIDÉ PAR** le directeur de l'établissement support.

Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et, lorsqu'un centre hospitalier et universitaire est partie au groupement, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sont **MEMBRES DE DROIT DU COMITÉ STRATÉGIQUE**.

Le comité stratégique, ou, le cas échéant, son bureau, propose au directeur de l'établissement support **SES ORIENTATIONS** dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

(→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

# Collège ou commission médical(e) (1)

58

Décret du 27/04/16

I. La convention du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un COLLÈGE MÉDICAL OU D'UNE COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement :

(→ AVIS DES CME)

1° Lorsqu'il est décidé de mettre en place un **COLLÈGE MÉDICAL**, sa composition et ses missions sont déterminées par la convention constitutive.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

# Collège ou commission médical(e) (2)

59

Décret du 27/04/16

2° Lorsqu'il est décidé de mettre en place une **COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT**, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive,

(→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

(→ **DECISION DES CME**)

La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

(→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

# Collège ou commission médical(e) (3)

60

Décret du 27/04/16

II. La **commission médicale de groupement, ou le collège médical de groupement**, élit son **PRÉSIDENT ET SON VICE-PRÉSIDENT** parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le président de la commission médicale, ou du collège médical, coordonne la stratégie médicale, assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ou de président, est sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

III. **LES AVIS ÉMIS PAR LE COLLÈGE MÉDICAL OU LA COMMISSION MÉDICALE** sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

# Comité ou commission des usagers (1)

61

Décret du 27/04/16

La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers, ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur **AVIS PAR LA MAJORITÉ DES COMMISSIONS DES USAGERS** des établissements parties au groupement (→ **AVIS DES COMMISSIONS DES USAGERS**)

Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est **PRÉSIDÉ** par le directeur de l'établissement support du groupement.

La convention constitutive fixe sa **COMPOSITION ET SES COMPÉTENCES**, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement. (→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

Les **AVIS** émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

# Commission des SI, de R et MT (1)

62

Décret du 27/04/16

I. La convention constitutive prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement.

Cette commission est **COMPOSÉE** des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

La **RÉPARTITION DES SIÈGES** au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

# Commission des SI, de R et MT (2)

63

Décret du 27/04/16

II. Le **PRÉSIDENT** de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

(→ **DECISION DU DIRECTEUR ETS SUPPORT**)

III. Les **AVIS** émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

# Comité territorial des élus locaux (1)

64

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

Le comité territorial des élus est **COMPOSÉ** des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

Il est **CHARGÉ** d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.



# Comité territorial des élus locaux (2)

65

Décret du 27/04/16

I. La convention constitutive définit la **COMPOSITION ET LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT** du comité territorial des élus locaux.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

II. Le comité territorial des élus locaux **ÉVALUE ET CONTRÔLE** les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

# Conférence territoriale de dialogue sociale (1)

66

Décret du 27/04/16

La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social.

La conférence territoriale de dialogue social **COMPREND** :

- 1°) Le président du comité stratégique, président de la conférence ;
- 2°) Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ;
- 3°) Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ;
- 4°) Avec voix consultative, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

(→ DECISION DU DIRECTEUR ETS SUPPORT)

# Conférence territoriale de dialogue sociale (2)

67

Décret du 27/04/16

La conférence territoriale de dialogue social est **INFORMÉE** des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

# L'établissement support (1)

68

Article 107 de la loi du 26/01/2016

L'établissement support **DÉSIGNÉ** par la convention constitutive (→ **DECISION DU COMITE STRATEGIQUE**)

**ASSURE LES FONCTIONS** suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- 1° 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 ;
- 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- 3° La fonction achats ;
- 4° 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 des établissements du groupement.

# L'établissement support (2)

69

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

L'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de PÔLES INTERÉTABLISSEMENTS tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

(→ DECISION DU COMITE STRATEGIQUE)

# Modalités de création du GHT

# Rôle des DG ARS (1)

71

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

- LE PROJET MÉDICAL DE TERRITOIRE est transmis à l'agence ou aux ARS territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive
- Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un GHT ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les **DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ARS** arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer.

# Rôle des DG ARS (2)

72

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

La convention constitutive du GHT est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux **ARS COMPÉTENTES**

- Le ou les directeurs généraux des ARS compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité.
- Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification.

Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations

La convention constitutive du GHT nouvellement constitué est **PUBLIÉE** par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.



# Approbation de la convention constitutive (1)

73

Décret du 27/04/16

I - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est **PRÉPARÉE** par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Elle est soumise :

1°) Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directeurs, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ;

2°) Pour les établissements ou services médico-sociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration.

# Approbation de la convention constitutive (2)

74

Décret du 27/04/16

La convention constitutive est **SIGNÉE PAR LES DIRECTEURS DES ÉTABLISSEMENTS** parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

II. - En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le **DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ** enjoint les établissements à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois.

A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

Lorsqu'un groupement hospitalier de territoire a une assise interrégionale, le directeur général de l'agence régionale de santé du ressort de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire est compétent.

# Personnalité morale

# La personnalité morale

76

Article 107 de la loi du 26/01/2016

Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale.

Pour chacun des établissements de santé parties à un GHT, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du GHT pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel.

# Membres du GHT

# Les membres (1)

78

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT.
- Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du GHT et le centre hospitalier universitaire.
- Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire.

# Les membres (2)

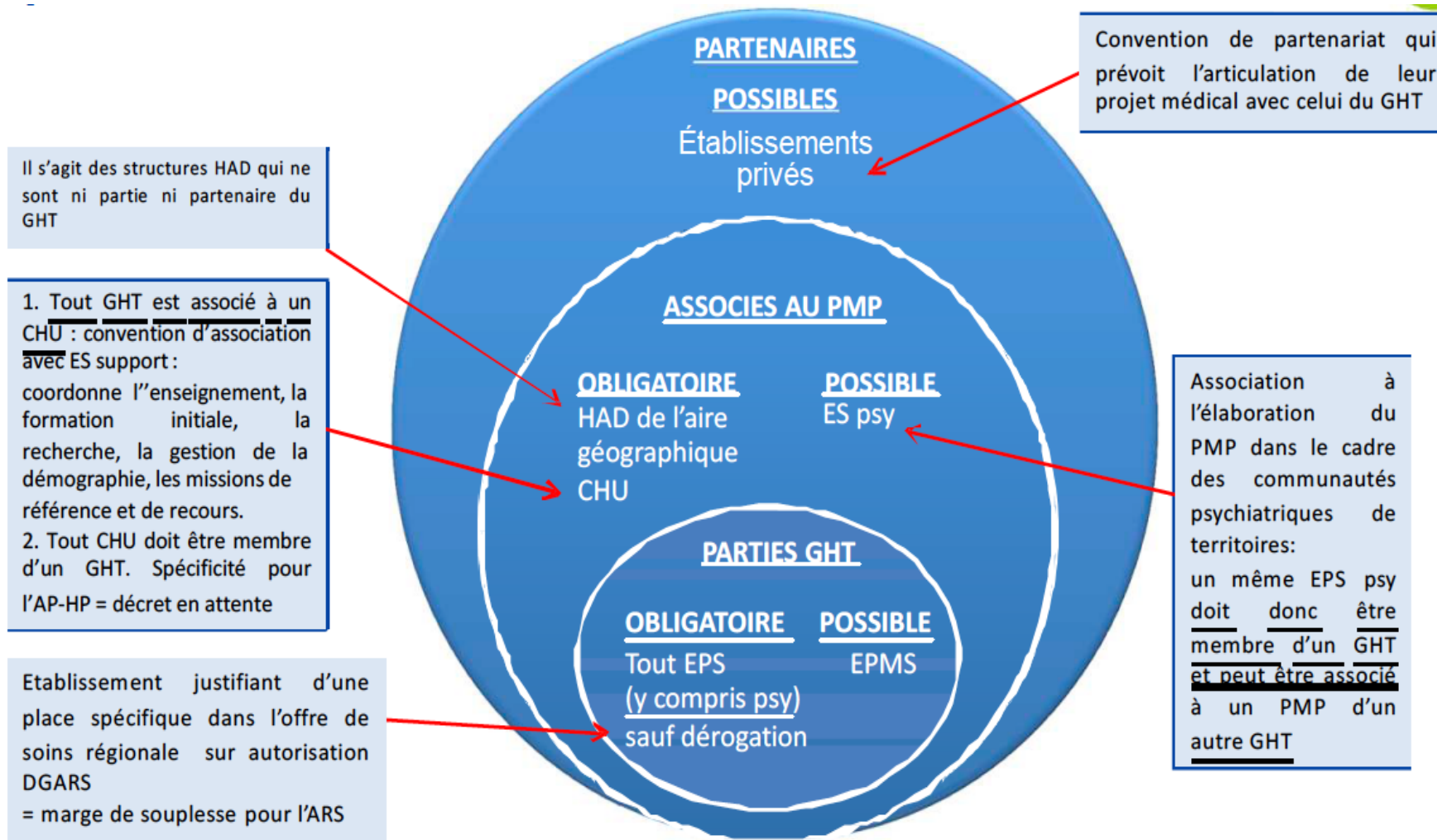
79

## Article 107 de la loi du 26/01/2016

- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.
- Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de GHT.
- Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul GHT.
- Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat qui prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du GHT.
- Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

# Les membres (3)

© ARS IdF





# Pôles inter établissements du GHT

# Pôles inter-établissements (1)

82

Décret du 27/04/16

I. Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique.

II. Le **CHEF DE PÔLE INTER-ÉTABLISSEMENT** est nommé, parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralités d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier universitaire.

(→ DECISION DU DIRECTEUR DE ETS SUPPORT)

(→ PROPOSITION DU PRESIDENT DU COLLEGE MEDICAL)

Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle inter établissement signent un **CONTRAT DE PÔLE**.

Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement contresigne le contrat de pôle.

# Pôles inter-établissements (2)

83

Décret du 27/04/16

**III. LE CHEF DE PÔLE INTER-ÉTABLISSEMENT** a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissement.

Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme

# Pôles inter-établissements (3)

84

Décret du 27/04/16

IV. Le **PROJET DE PÔLE** définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

V. Une **REPRÉSENTATION DU PÔLE INTER-ÉTABLISSEMENT** est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution.