



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

Annexes - Tome II

Claude DAGORN

Dominique GIORGI

Alain MEUNIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation du Pr. Luc BARRET

2019-034R
Décembre 2019

SOMMAIRE

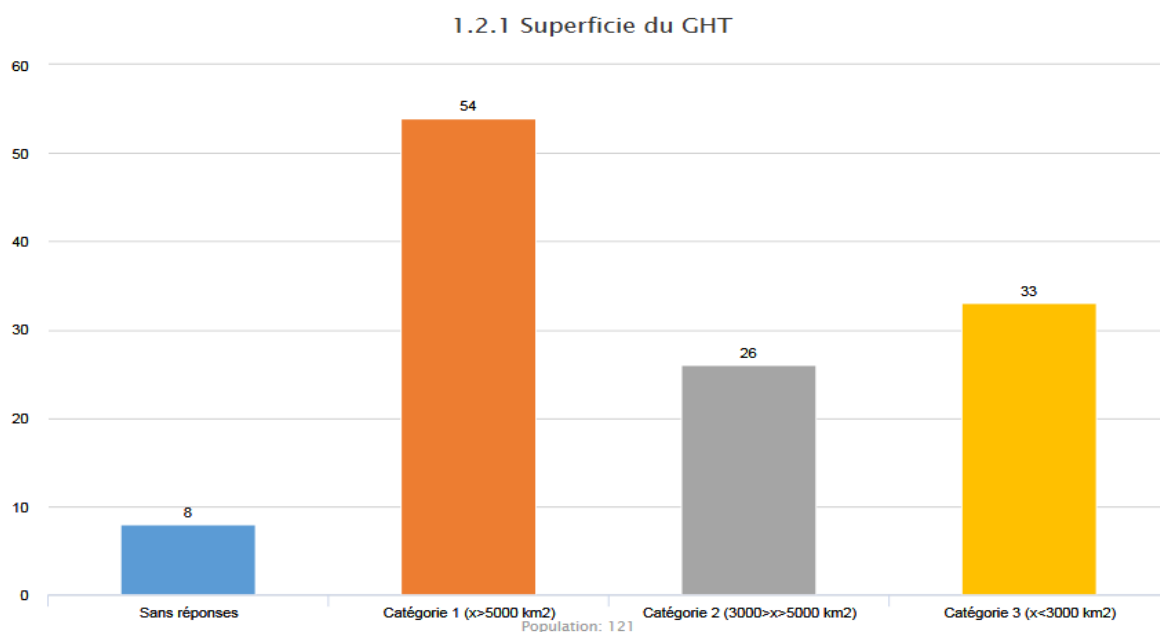
ANNEXE 1 :	EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX GHT	5
ANNEXE 1A.	CARACTERISTIQUES TERRITORIALES ET INSTITUTIONNELLES DES GHT	5
ANNEXE 1B.	ANALYSE DES PROJETS MÉDICAUX PARTAGÉS	22
1	DES PROJETS MEDICAUX PARTAGES ADOPTES POUR LA PLUPART EN 2017 ET COUVRANT DE LARGES DOMAINES DE L'ACTIVITE MEDICALE	22
1.1	FILIERES COUVERTES PAR LE PMP ACTUEL	22
1.2	FILIERES OUVERTES SUR DEMANDE EXPRESSE DE L'ARS.....	22
1.3	FILIERES URGENCES, GERIATRIQUE, CARDIOLOGIQUE ET FILIERES LAISSEES AU LIBRE CHOIX DES GHT POUR LEUR EXEMPLARITE ..	23
1.3.1	<i>Filière urgence</i>	23
1.3.2	<i>Filière gériatrique</i>	24
1.3.3	<i>Filière cardiologique</i>	25
1.3.4	<i>Filières analysées laissées au libre choix des GHT.....</i>	26
1.3.5	<i>Les actions de télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)</i>	28
1.4	ARTICULATION AVEC LA MEDECINE DE VILLE.....	29
1.5	ARTICULATION AVEC LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	31
1.6	COOPERATION AVEC DES CLINIQUES PRIVEES	31
1.7	ACTION MAJEURE MISE EN ŒUVRE PAR LE GHT	32
1.8	PROJETS MEDICOTECHNIQUES COUVERTS PAR LE PMP	33
1.9	DOMAINES COUVERTS PAR LA CONVENTION CHU-GHT	35
2	DISPOSITIF DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE INTRA GHT	37
3	EFFETS PERCEPTIBLES DE LA MISE EN ŒUVRE DU GHT	38
3.1	REORGANISATION DE L'OFFRE LIEE A LA MISE EN OEUVRE DU GHT.....	38
3.1.1	<i>Des fusions ou rapprochements de service ont-ils eu lieu depuis l'installation des GHT ?.....</i>	38
3.1.2	<i>Des pôles territoriaux ont-ils été créés pour mettre en œuvre le PMP ?.....</i>	38
3.1.3	<i>Des consultations avancées sont-elles mises en œuvre ?</i>	40
3.1.4	<i>Des actions sont-elles engagées permettant de mieux assurer la permanence des soins ?</i>	40
3.2	REORGANISATION DES ACTIONS QUALITE-SECURITE.....	41
3.3	INDICATEURS D'ACCESSIBILITE.....	42
ANNEXE 1C.	ANALYSE DES FONCTIONS SUPPORT	45
1	ACHATS	45
2	BUDGET ET FINANCES.....	48
3	RESSOURCES HUMAINES	53
4	SYSTÈMES D'INFORMATIONS	65
5	DIRECTION DE L'INFORMATION MEDICALE	67
ANNEXE 1D.	FONCTIONNEMENT DES INSTANCES DE GHT.....	69
ANNEXE 2 :	TYPOLOGIE DE GHT VISITÉS EN FONCTION DE LEUR MATURITÉ	77

ANNEXE 2A.	METHODOLOGIE	77
ANNEXE 2B.	FONCTIONNEMENT DE LA GOUVERNANCE DES GHT	81
ANNEXE 2C.	MUTUALISATION DES FONCTIONS SUPPORT	95
ANNEXE 2D.	FILIERES DE SOINS.....	111
ANNEXE 2E.	INTEGRATION DU GHT DANS L’OFFRE DE SOINS	129
ANNEXE 2F.	SUIVI ET EVALUATION.....	139
ANNEXE 2G.	APPRECIATION DE SYNTHESE.....	147
1	EN AVANCE : LES GHT « ENGAGES »	147
2	EN ROUTE : LES GHT « CONFIANTS »	155
3	EN DEVELOPPEMENT : LES GHT « HESITANTS »	161

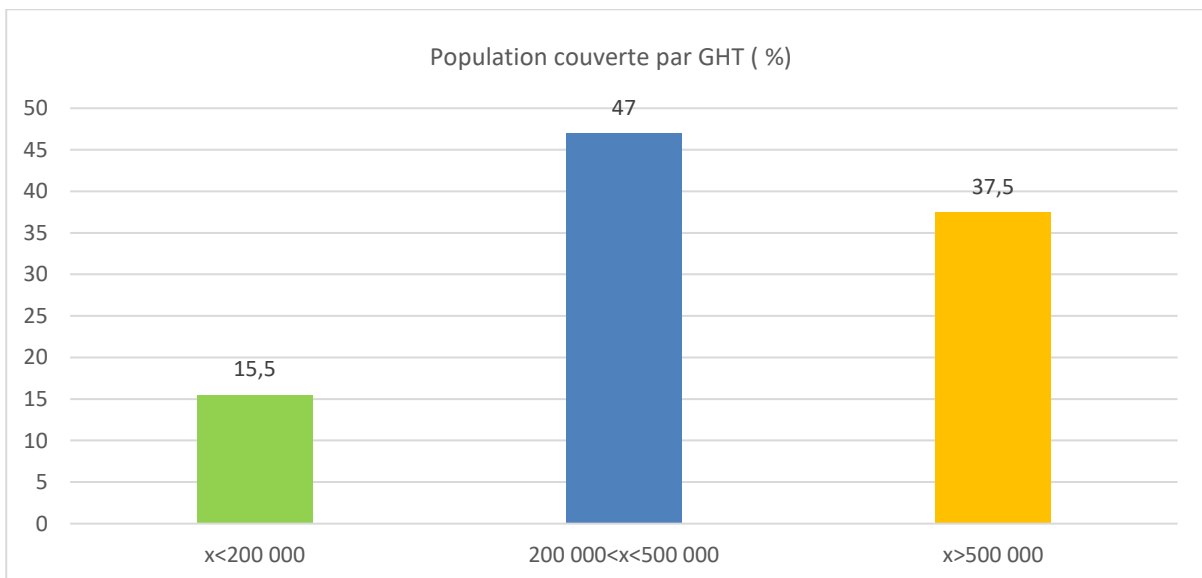
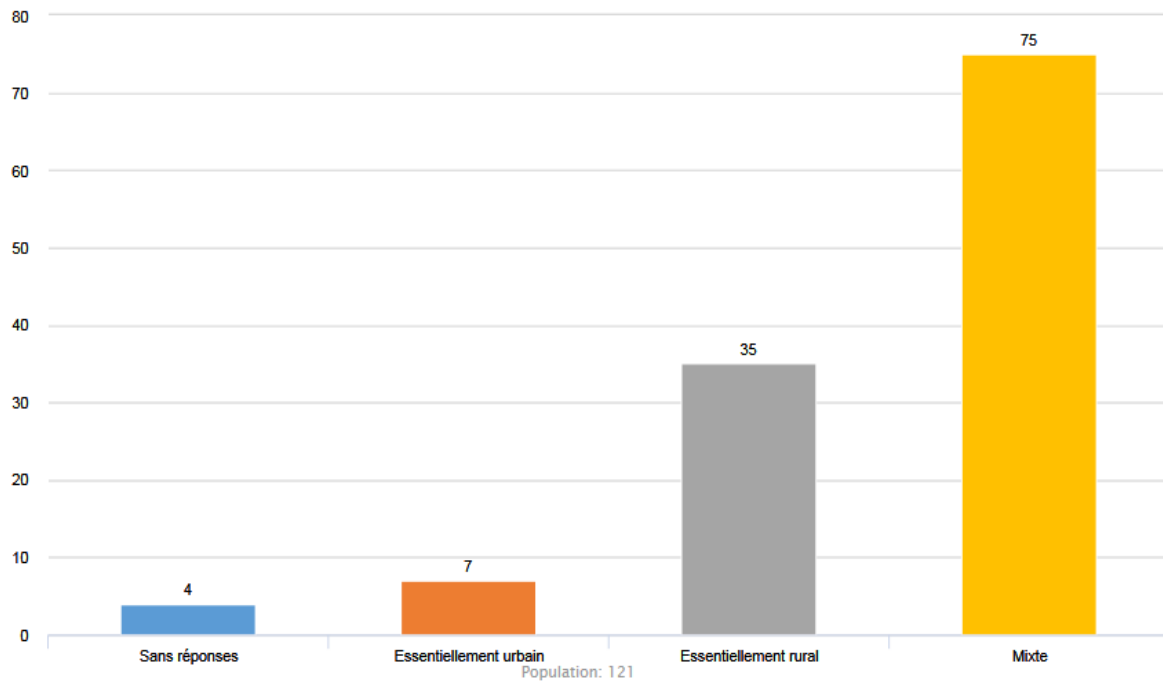
ANNEXE 1 : Exploitation du questionnaire adressé aux GHT

Annexe 1A. Caractéristiques territoriales et institutionnelles des GHT

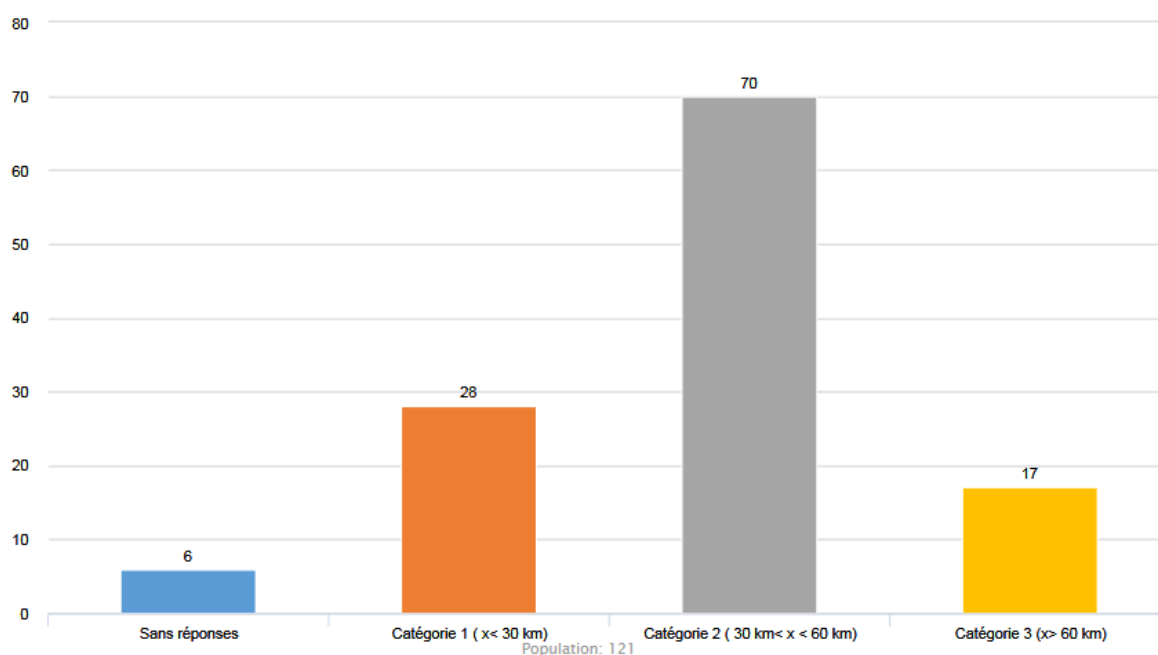
Caractéristiques territoriales des GHT



1.2.3 Caractéristique du territoire



1.2.4 Distance moyenne au GH support



48 % des GHT répondant couvrent un territoire d'une superficie supérieure à 5000km², 30 % inférieure à 3000 km².

15,5 % des GHT couvrent moins de 200 000 habitants, 37,5 % plus de 500 000.

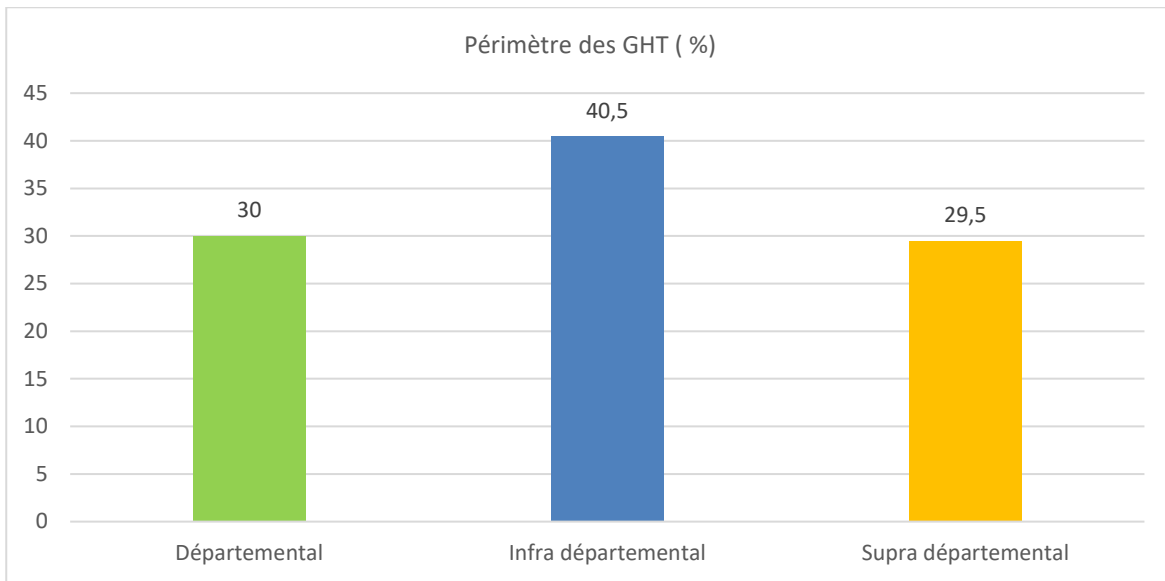
29 % des GHT affirment appartenir à un territoire rural, 6 % à un territoire urbain et 62 % à un territoire mixte.

Pour 14 % des GHT, la distance moyenne à l'établissement support est supérieure à 60 km, pour 23 % elle est inférieure à 30km, pour 58 % elle est intermédiaire.

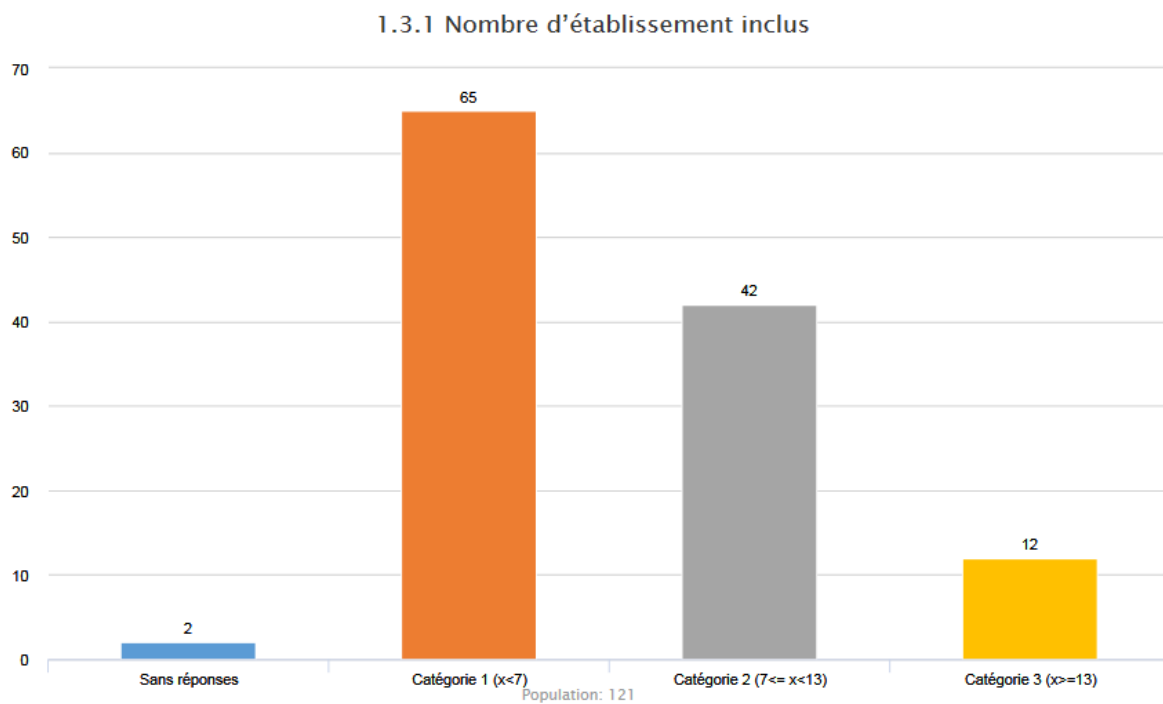
Sur les 119 GHT répondant à la question, 36 GHT disposent d'un périmètre départemental (30 %), 35 d'un périmètre recoupant plusieurs départements (29,5 %), 48 d'un périmètre infra départemental (40,5 %)¹.

Le GHT 21-52 Côte d'Or Haute Marne recoupe le territoire de deux régions (Grand est/Franche Comté). Quelques GHT ont un périmètre particulier : le GHT Limousin regroupe les départements de cette ancienne région, Territoire d'Auvergne rassemble l'Allier et le Puy de Dôme.

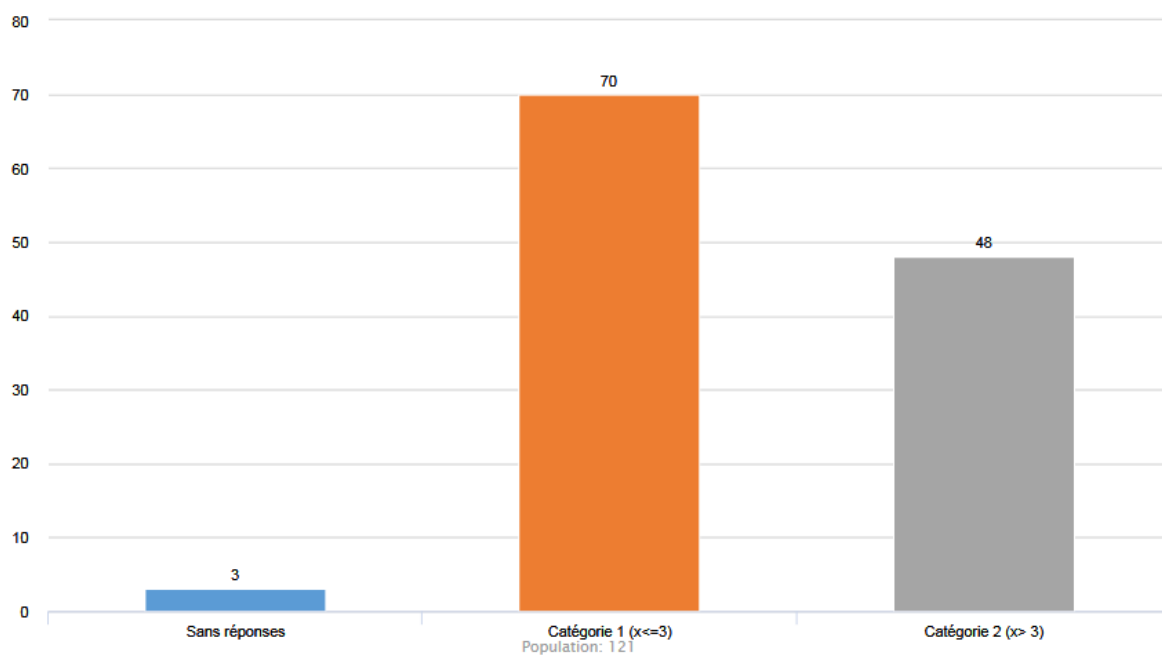
¹ On a retenu ici une définition strictement administrative du périmètre (un GHT départemental est ainsi celui qui rassemble tous les établissements d'un même département, un GHT infra départemental celui qui n'en comprend qu'une partie, un GHT supra départemental, celui qui couvre des établissements de plusieurs départements) et non en termes de zone géographique d'influence.



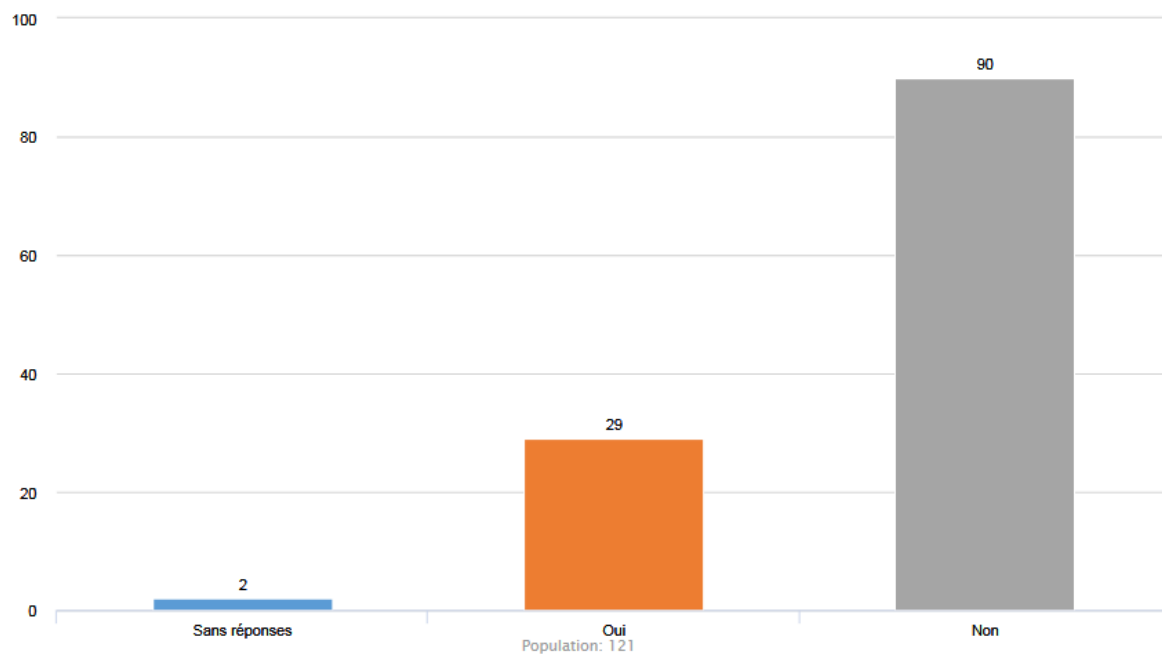
Composition institutionnelle des GHT



1.3.2 Nombre d'établissements MCO

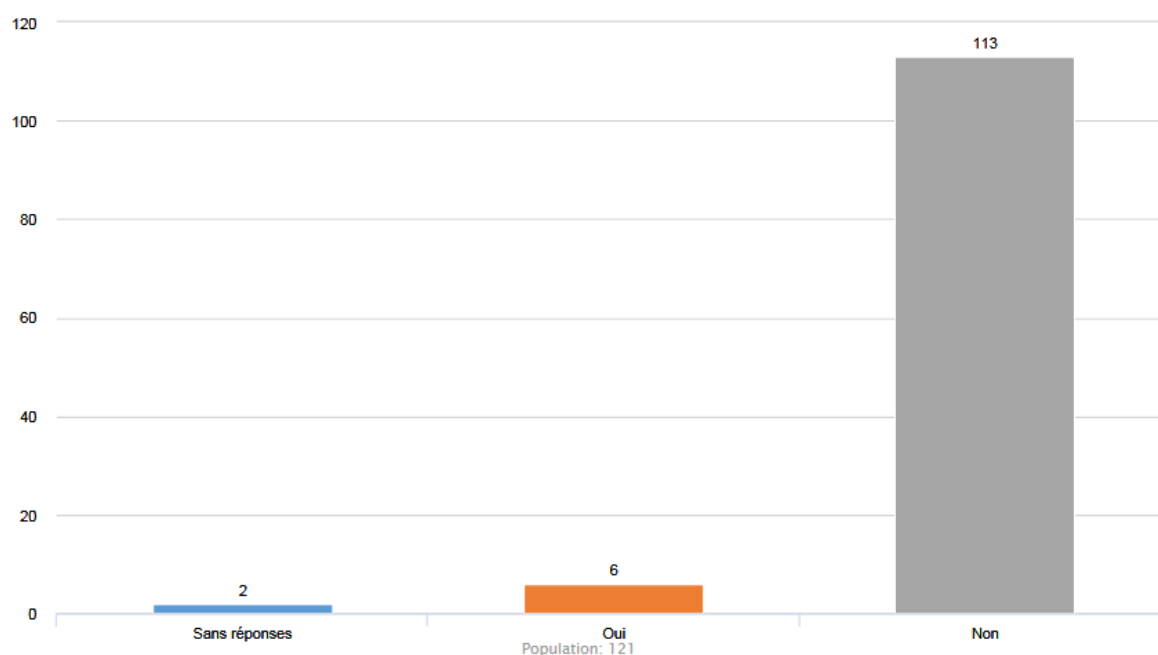


1.3.3 Présence d'un CHU établissement support



NB : juridiquement l'APHP ne constitue pas un GHT; Fort de France et Pointe à Pitre n'ont pas répondu à l'enquête.

1.3.4 Présence d'un HIA associé



54 % des GHT répondant sont composés de moins de 7 établissements, 10 % de 13 établissements ou plus, 36 % de 7 à 12 établissements.

Dans 60 % des GHT répondant, on trouve au plus trois établissements MCO.

Deux GHT sont composés d'un seul établissement, résultat respectivement de la fusion de 4 anciens établissements : 77 nord (Meaux-Marne la Vallée- Coulommiers-Jouarre) et de 3 établissements : GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences (CH Ste Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse). La fusion des 4 établissements du GHT Nord Ardennes (Charleville-Mézières, Sedan, Fumay, Nouzonville) a été annoncée pour 2020.

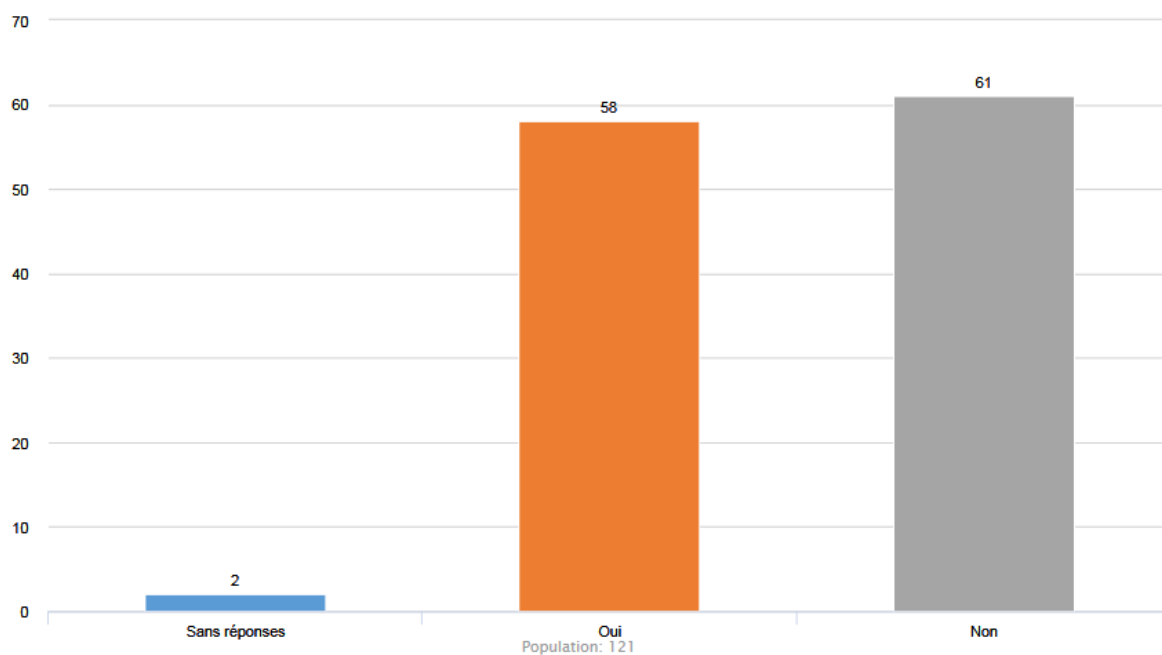
Plusieurs GHT sont composés de 2 établissements : Saphir (Aisne sud), Douaisis, Navarre Côte basque, Nord Essonne, 94 nord, 94 est, 93/95, Psy Doubs Jura, Nord Franche Comté, Iles du nord (St Martin et St Barthélémy) ; ce sera également le cas du GHT de la Vienne après la fusion du GH Nord Vienne et du CHU Poitiers annoncée pour 2021.

Le GHT du Cotentin ne comprend qu'un CH et 2 Ehpad.

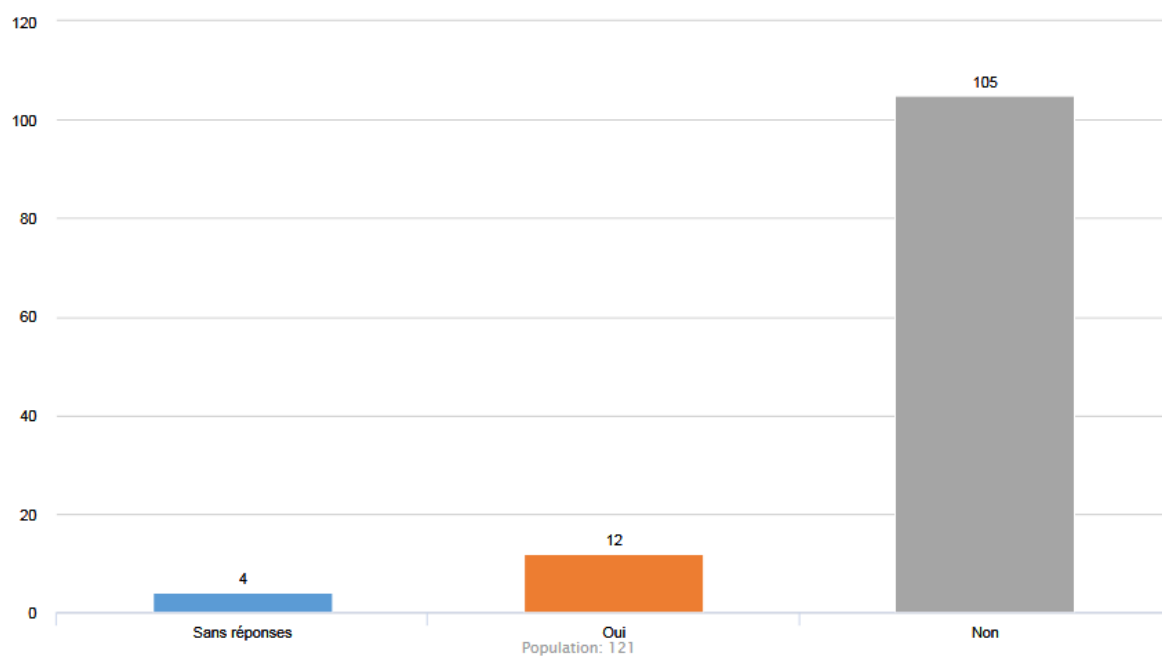
A l'autre extrême, le GHT Limousin comprend 19 établissements, la Loire 20. Le GHT Cévennes, Gard, Camargue comprend 17 établissements dont 9 Ehpad.

L'établissement support de 29 GHT est un CHU (Fort de France et Pointe à Pitre n'ont pas répondu à l'enquête ; l'APHP ne constitue pas un GHT). Sur les GHT répondant, 6 sont associés à un HIA (2 HIA ne sont pas associés à un GHT).

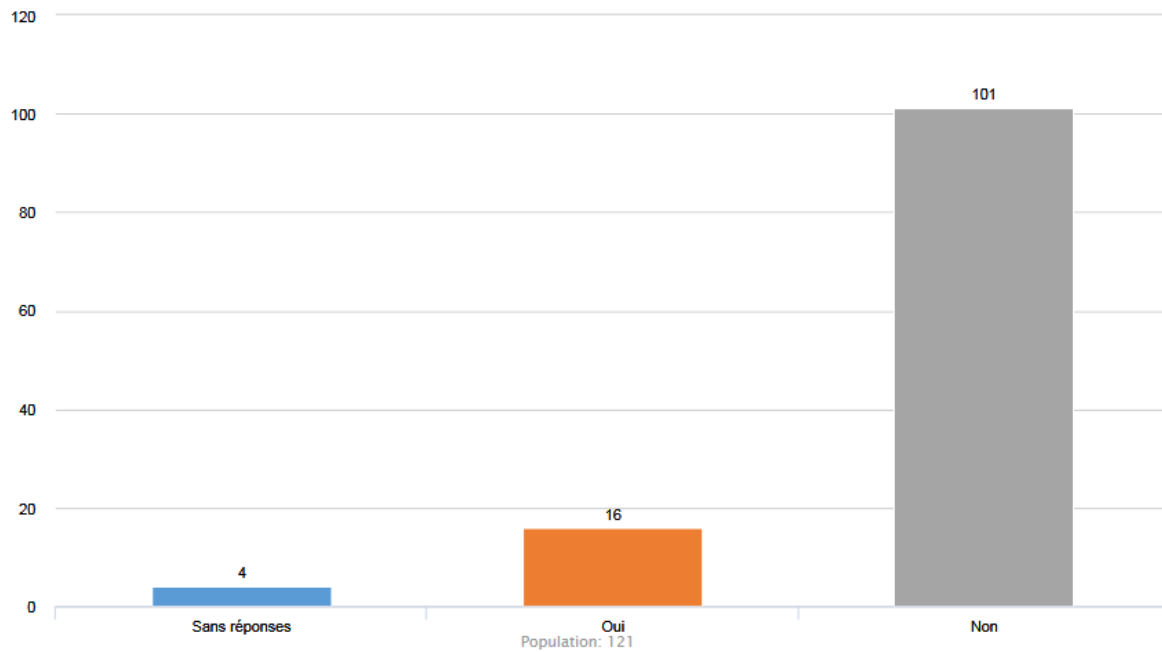
1.3.5 Présence d'un CHS



1.3.6 CHS en dérogation implanté sur le territoire du GHT



1.3.7 CHS associé dans le cadre d'une communauté psychiatrie de territoire

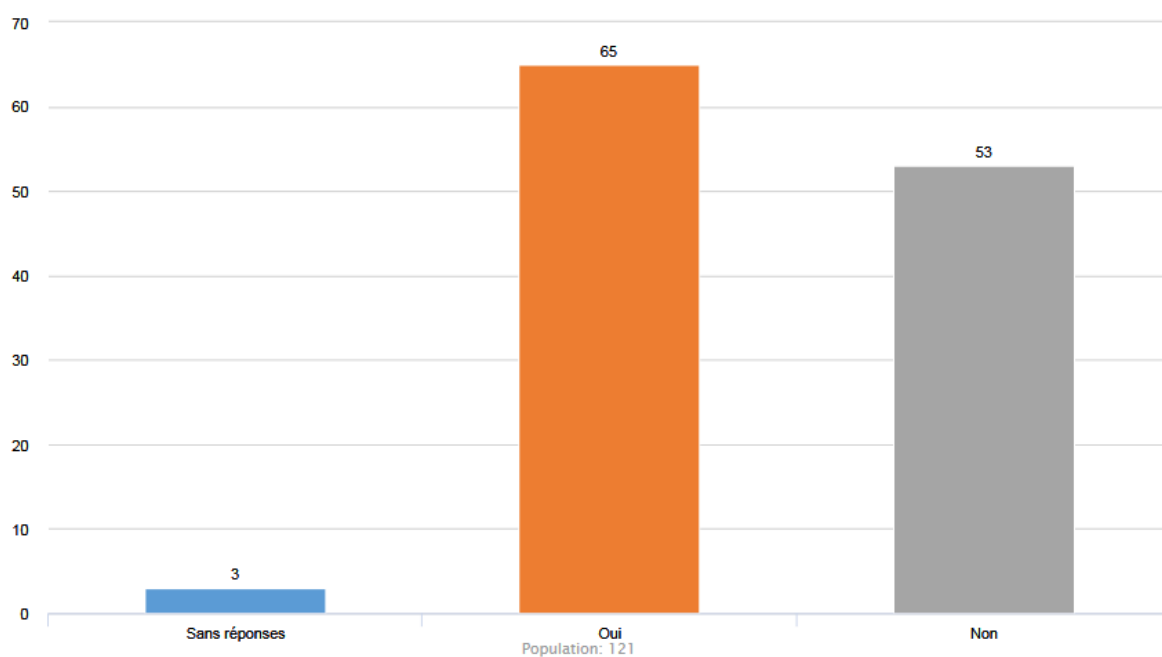


Quatre GHT sont composés uniquement d'EPSM : Psy Doubs Jura, Psy 59/62, Psy Paris sud, Paris psy neuro sciences.

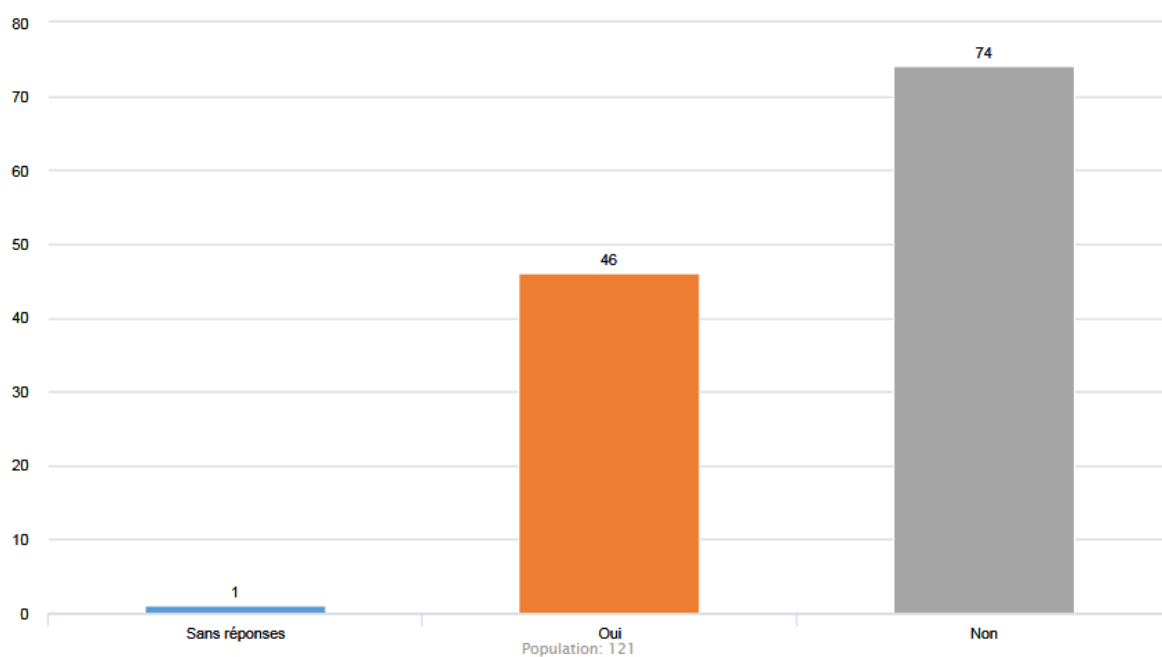
Un EPSM est présent au sein de 48 % des GHT répondant. 16 sont associés dans la cadre d'une CPT.

11 EPSM en dérogation demeurent hors GHT.

1.3.8 Le GHT comporte-t-il des EPS dotés de services d'HAD ?



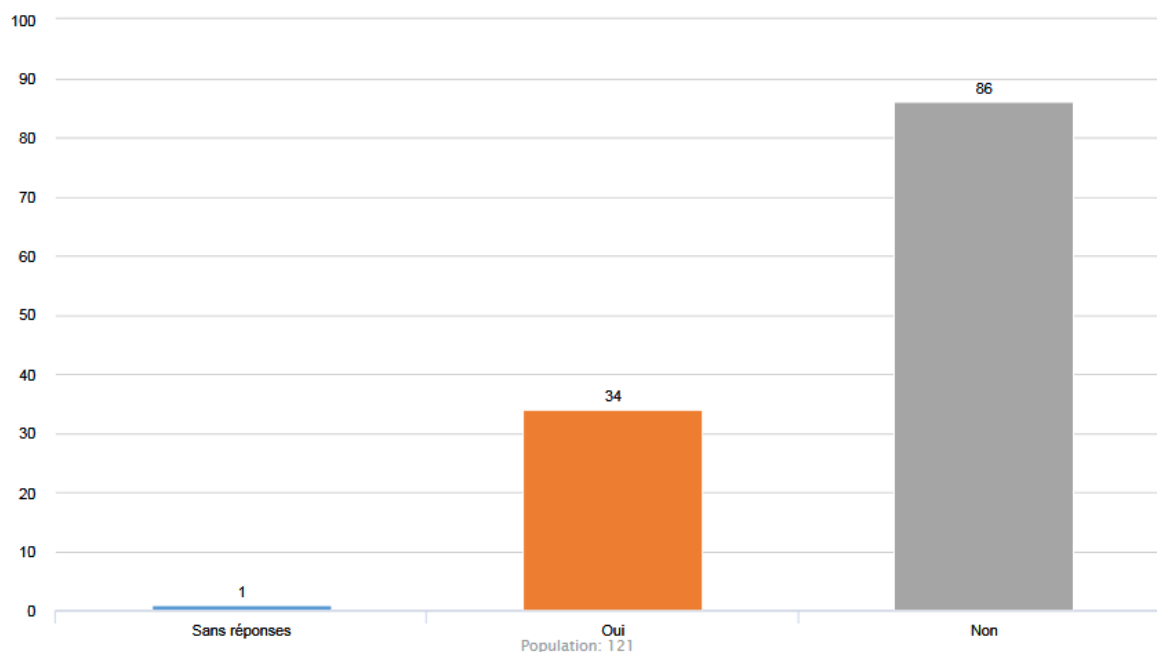
Le GHT a-t-il associé des établissements privés gérant des services HAD



Dans 54 % des GHT répondant on trouve des EPS dotés de services d'HAD, en moyenne 1,5 par GHT mais jusqu'à 5 (Bouches du Rhône).

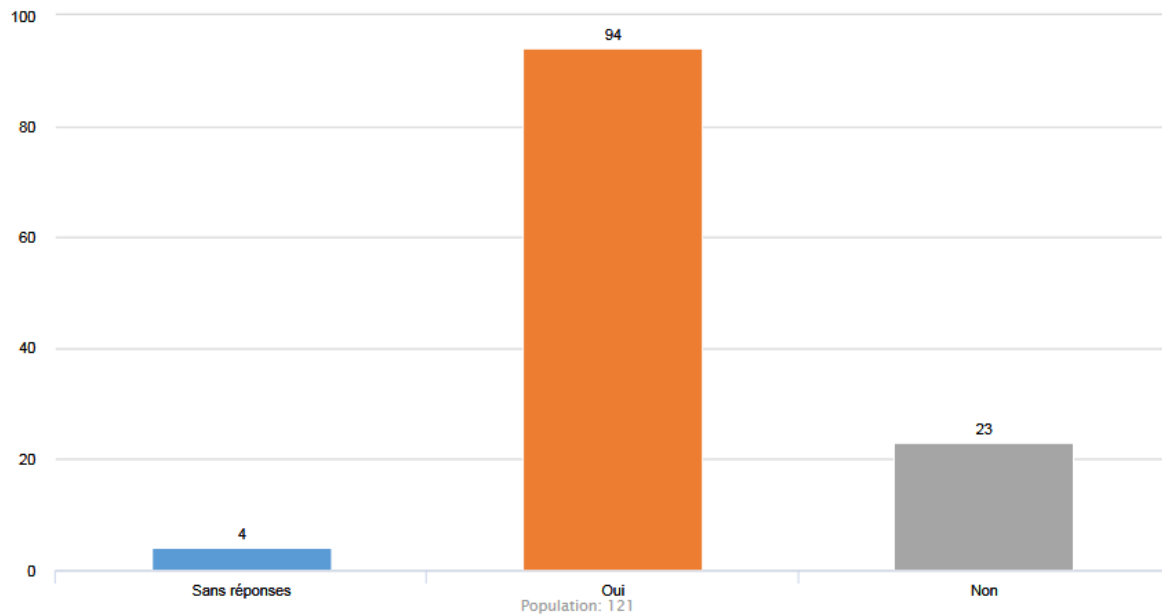
38 % des GHT répondant sont associés à des établissements privés gérant des services d'HAD en moyenne 1,4 par GHT mais jusqu'à 4 (Est Hérault et Sud Aveyron).

1.3.9 Présence d'ESMS publics (autonomes) parties ?



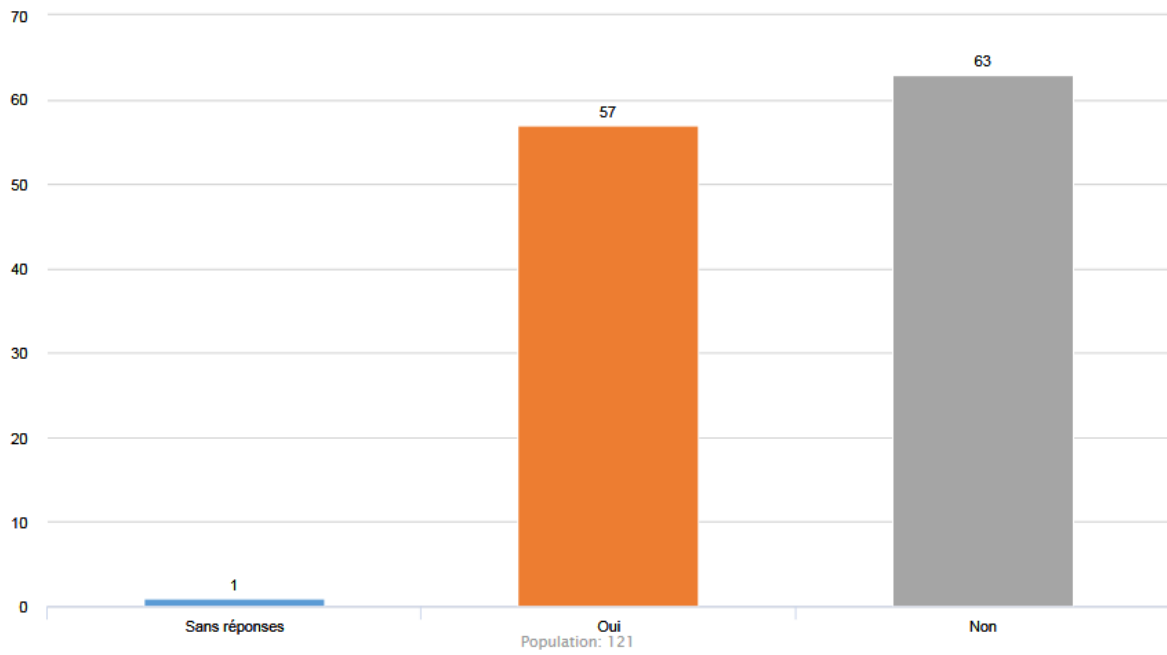
Dans 28 % des GHT répondant on trouve des ESMS autonomes parties, en moyenne 2,9 par GHT mais jusqu'à 5 (Oise NE Atlantique 17, Vendée), 7 en Champagne, 8 en Lozère, 9 dans le Gard, et 12 en Touraine Val de Loire.

1.3.10 Présence d' établissements de santé qui pourraient candidater à une labellisation « hôpital de proximité » ?

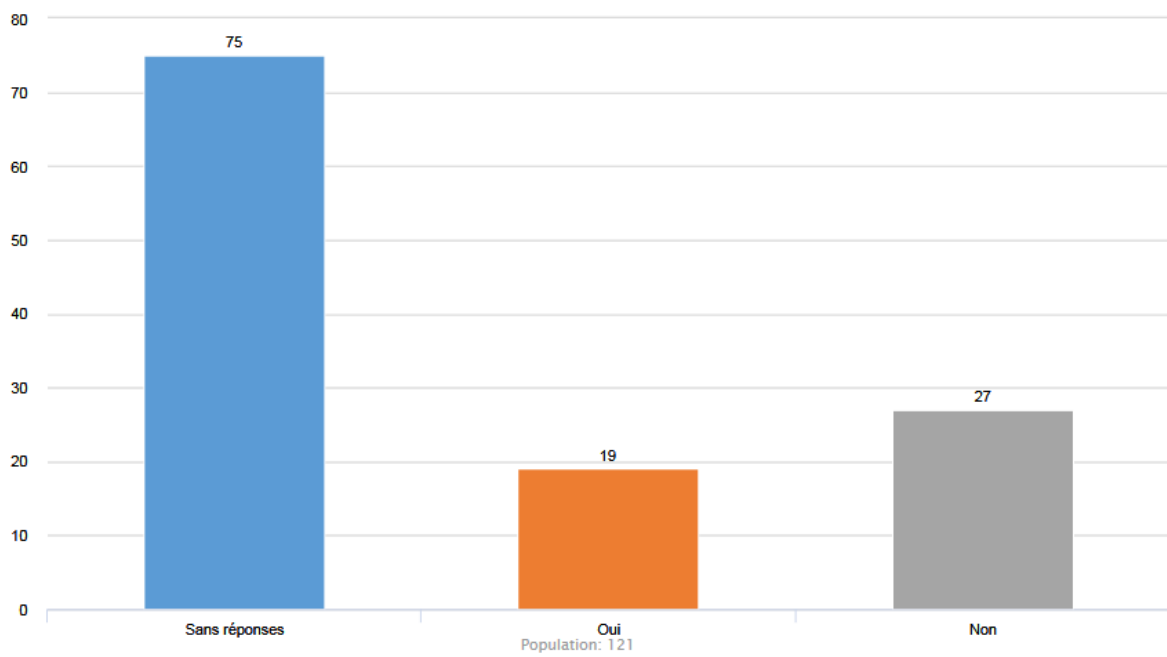


Dans 78 % des GHT répondant, on trouve des établissements *a priori* éligibles à la labellisation « hôpital de proximité », en moyenne 2,6 par GHT (soit 244 établissements pour les 94 GHT concernés), mais jusqu'à 5 (Somme, Charente Dordogne, Bourgogne méridionale), 6 (Alpes maritimes, Sud Lorraine, Haute Bretagne) 7 (Maine et Loire), 8 (Sud Drôme Ardèche) et même 10 (Limousin).

1.3.11 Partenariat avec un/des établissements privés d'intérêt collectif ?



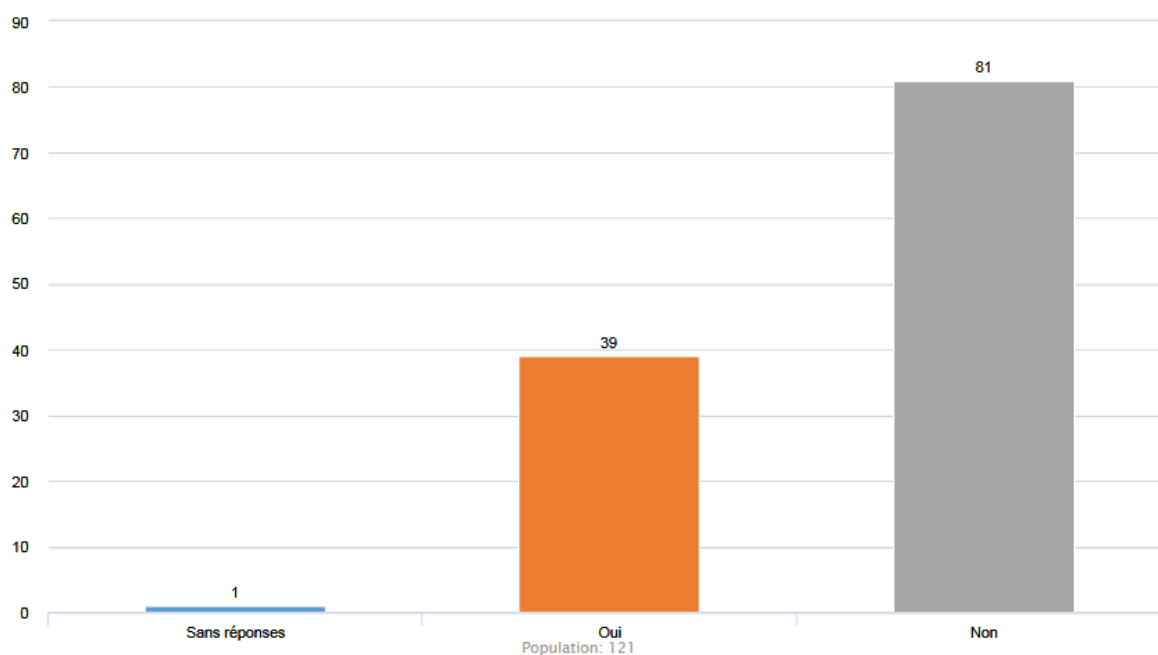
Si oui, CLCC ?



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

Un partenariat est établi avec les CLCC.

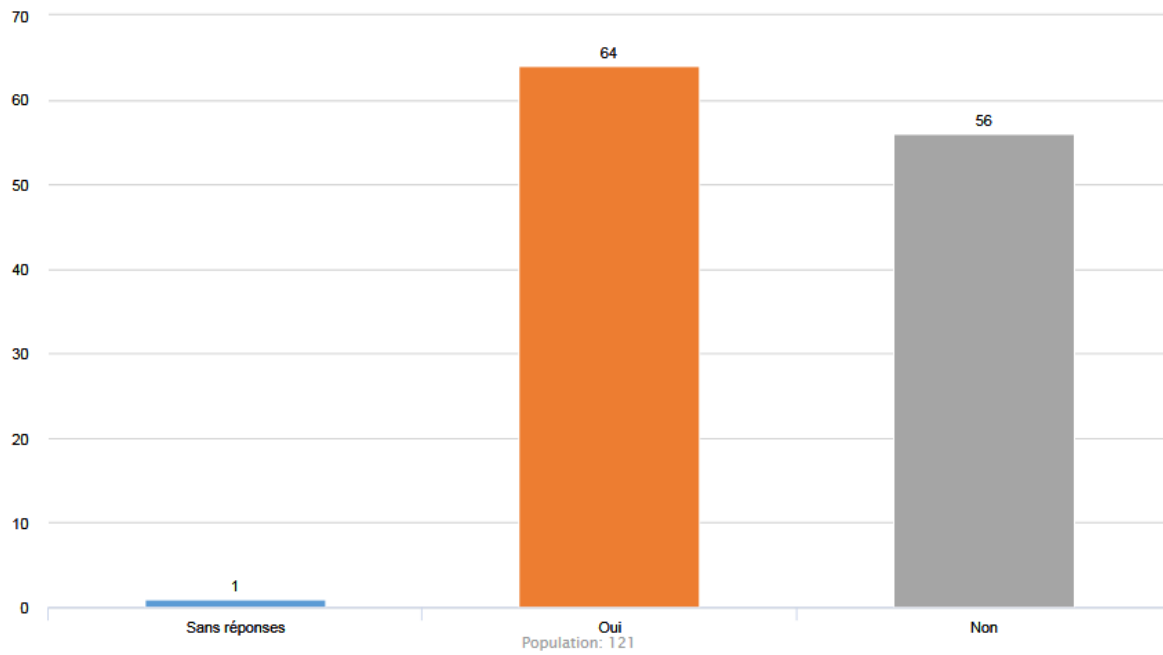
1.3.12 Partenariat avec un/des établissements privés à but lucratif ?



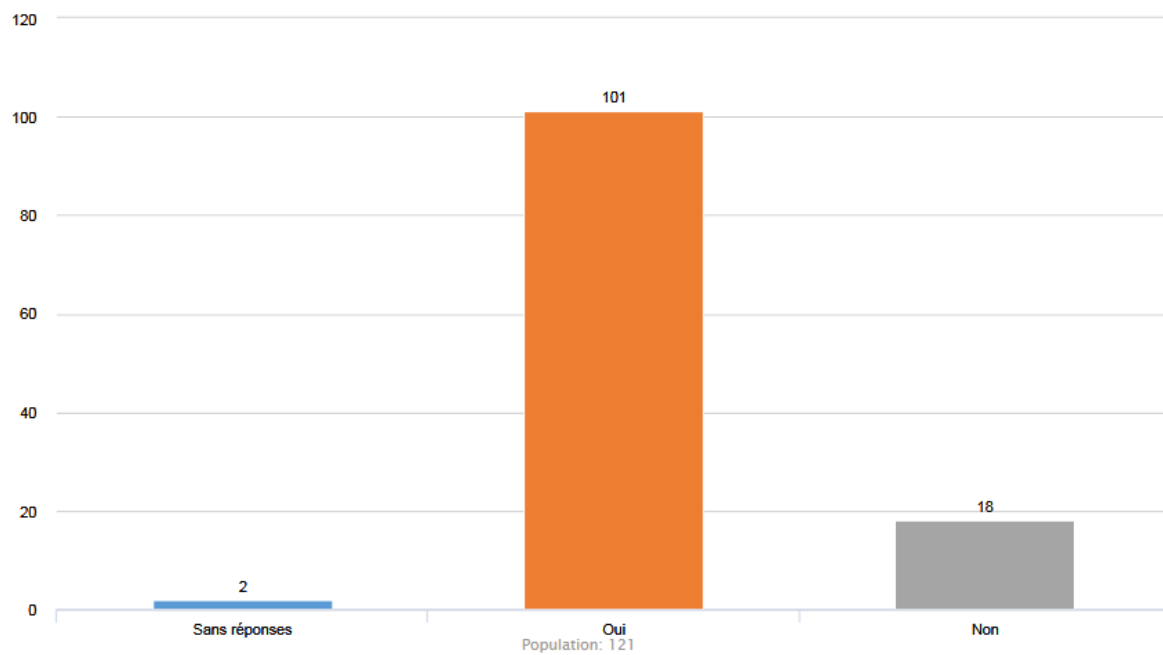
Dans 32 % des GHT répondant, un partenariat est établi avec au moins un établissement privé à but lucratif, soit en moyenne avec 2,2 établissements par GHT concerné, mais jusqu'à 5 (Léman, Touraine Val de Loire, GHT Perpignan et al.)

Coopérations antérieures à la création du GHT

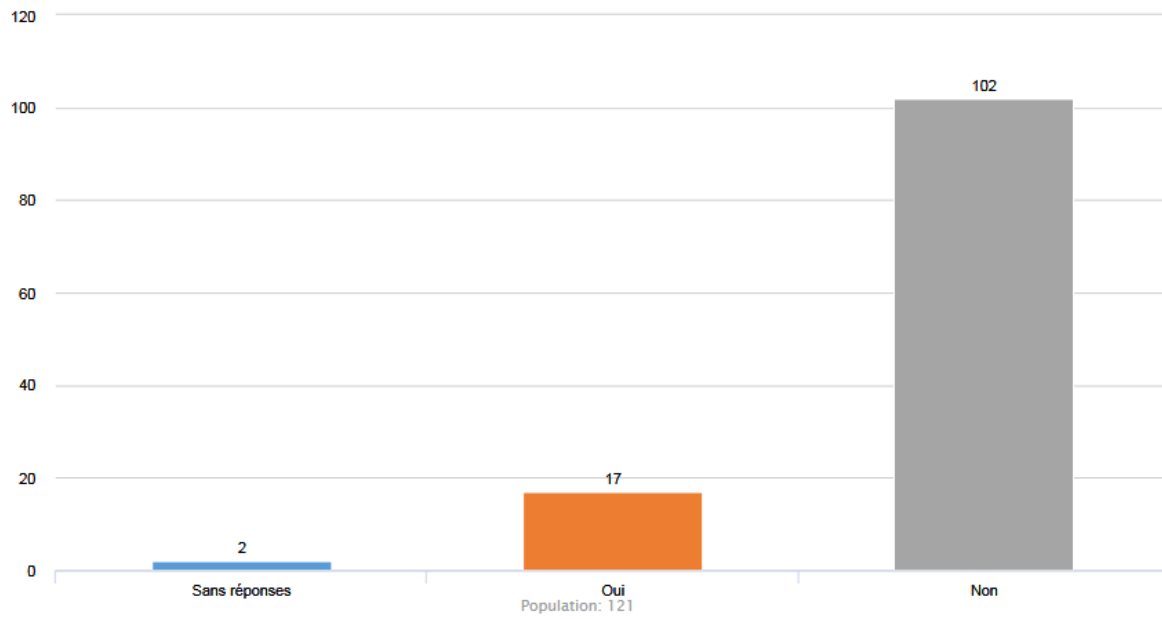
1.3.13 Existence préalable d'une/plusieurs CHT sur le territoire du GHT



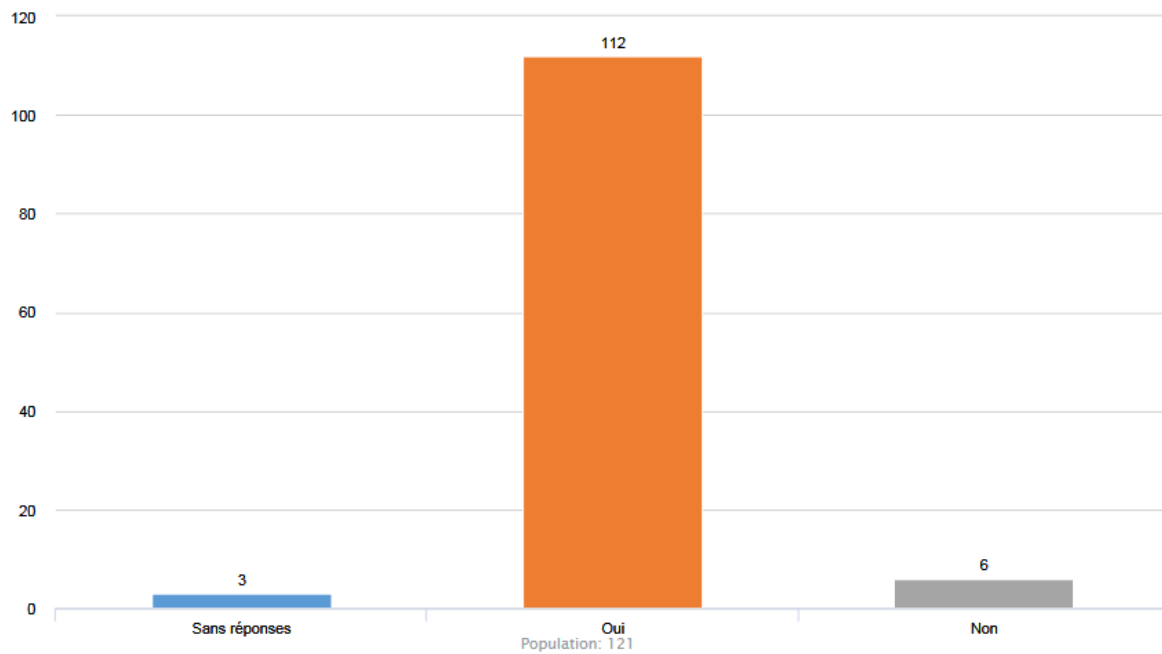
1.3.14 Existence préalable d'un/plusieurs GCS de moyens sur le territoire du GHT



1.3.15 Existence préalable d'un/plusieurs GCS établissement de santé sur le territoire du GHT

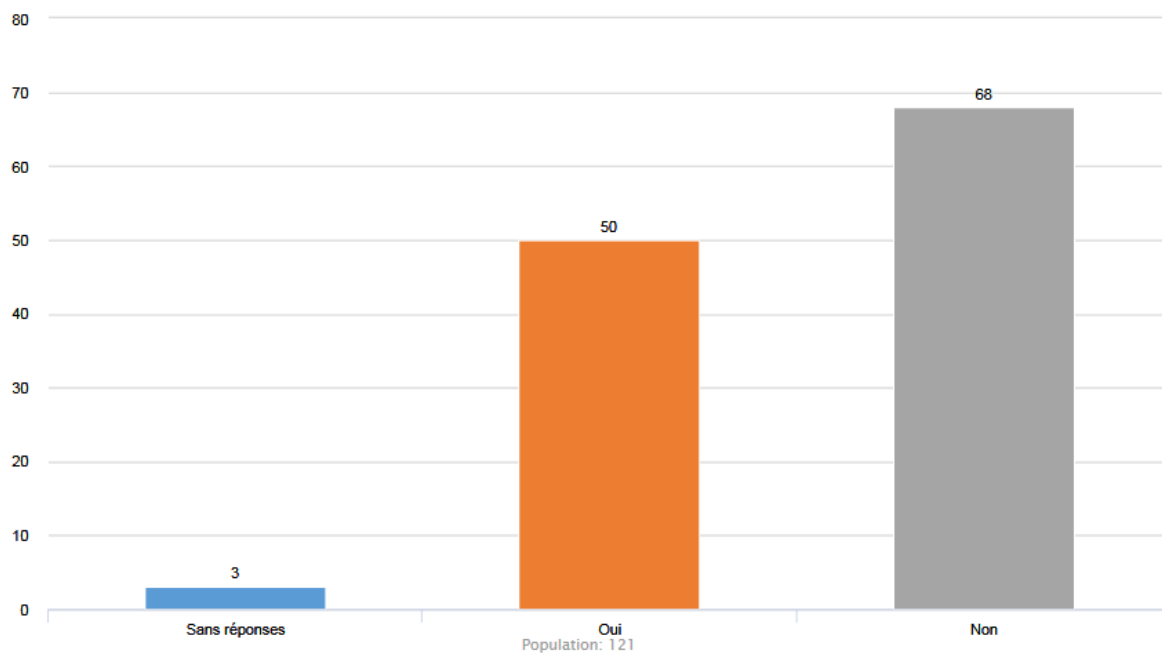


1.3.16 Existence préalable de conventions de coopération entre établissements du GHT ?

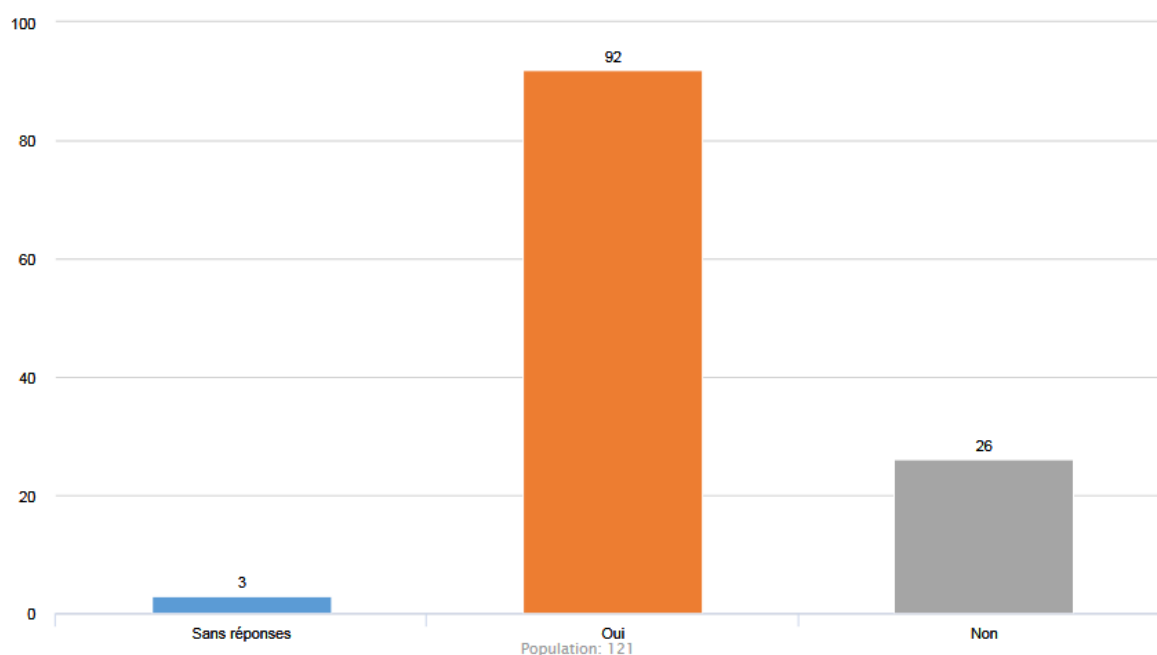


Domaine de coopération	Fréquence
Fonctionnement de filières médicales (notamment avec constitution de FMIH ...)	70 (65 %)
Mise à disposition de temps médical et paramédical (temps médical partagé, consultations avancées)	52 (48 %)
Fonctions médico techniques PUI, laboratoires, imagerie, stérilisation	32 (27 %)
Systèmes d'information, DIM	14 (13 %)
Logistique (Blanchisserie, restauration	23 (21 %)
Activités administratives	4

1.3.17 Existence préalable d'établissements fusionnés sur le territoire du GHT ?



1.3.18 Existence préalable d'établissements en direction commune sur le territoire du GHT ?



Une CHT préexistait sur le territoire de 53 % des GHT répondant. Elle a disparu depuis, sauf dans 2 situations (Oise ouest et Vexin, Haute-Loire).

Un ou plusieurs GCS de moyens préexistaient pour près de 84 % des GHT répondant. Ils ont été presque toujours maintenus.

Un ou plusieurs GCS établissements de santé préexistaient dans 14 % des GHT répondant. Ils ont été maintenus.

Dans près de 42 % des GHT répondant on note l'existence préalable d'établissements fusionnés, et dans 76 % d'établissements en direction commune.

Des conventions de coopérations existaient entre établissements, pour plus de 92 % des GHT répondant. Elles concernaient le fonctionnement de filières médicales (notamment avec constitution de FMIH ...) dans deux tiers des cas ; la mise à disposition de temps médical et paramédical (temps médical partagé, consultations avancées...) dans la moitié des situations ; les fonctions médico-techniques (pharmacies, laboratoires, imagerie, stérilisation) pour un quart des coopérations ; les systèmes d'information, et la fonction DIM dans 22 % des cas, enfin les fonctions logistiques (blanchisserie, restauration..) dans 21 % des situations.

Annexe 1B. ANALYSE DES PROJETS MÉDICAUX PARTAGÉS

1 Des projets médicaux partagés adoptés pour la plupart en 2017 et couvrant de larges domaines de l'activité médicale

Les GHT ont adopté leur projet médical partagé en très grande majorité en 2017. Seuls 18 GHT sur 121 l'ont adopté à une date postérieure (9 l'ont fait avant la fin du premier semestre 2018 et 8 avant la fin du premier semestre 2019, 1 date non renseignée).

1.1 Filières couvertes par le PMP actuel

Les projets médicaux couvrent un large éventail de situations médicales puisque en moyenne entre 12 et 13 filières sont identifiées avec des variations très importantes allant de 2 filières pour le GHT Rhône Centre (GHT regroupant les Hospices civils de Lyon, le CH gériatrique du Mont d'or et les CH de Neuville S/ Saône et de Sainte-Foy-Les Lyon mais limité aux territoires de santé des 2 filières gériatriques Lyon Nord et Centre et n'identifiant de ce fait principalement qu'une filière graduée de prise en charge du vieillissement) et le GHT Sud Drôme Ardèche dont l'établissement support est le CH de Montélimar (filières gériatrique et SSR) à 45 filières pour le GHT Artois dont l'établissement support est le CH de Lens.

Compte-tenu du nombre important de filières identifiées, les projets médicaux couvrent la quasi-intégralité de la pathologie médicale de la cancérologie aux pathologies cardio-vasculaires et métaboliques et neurologiques.

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

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

1.2 Filières ouvertes sur demande expresse de l'ARS

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

Les demandes des ARS correspondent le plus souvent à des priorités définies par les différents PRS (urgences et permanence des soins, santé mentale, péri-natalité, SSR, cancérologie...) et sont alors citées par la plupart des GHT de la région correspondante. Les demandes des ARS portent aussi sur des aspects plus spécifiques pour certains GHT sur la coordination ville-hôpital (ex GHT Mayenne et Haut-Anjou), la qualité et sécurité des soins (ex GHT Tarn Revelois et Saint-Ponais), ou certaines situations particulières (ex GHT Nord Franche-Comté la filière AVC a été complétée d'un volet "prise en charge des traumatismes crâniens" sur demande de l'ARS pour devenir filière neurologie).

1.3 Filières urgences, gériatrique, cardiologique et filières laissées au libre choix des GHT pour leur exemplarité

1.3.1 Filière urgence

La filière des urgences a été traitée de façon spécifique dans 89 GHT, dans une filière plus large dans 23 et non traité seulement dans 5 GHT (GHT Dunkerquois et Audomarois, 94 Nord, Les Collines de Normandie, Marne Haute-Marne Meuse, Sud Drôme Ardèche).

La filière urgence a fait l'objet d'un projet spécifique ou intégré plus largement dans la majorité des GHT (sauf dans 5) parfois sur demande de l'ARS (29 GHT) mais le plus souvent en correspondance avec une priorité du PRS (vrai pour 92 GHT, non pour 16 GHT). La plupart des GHT en ont même fait une priorité du PMP (89 GHT).

Des objectifs précis ont été définis en matière² :

- de gradation des prises en charges dans 85 projets de GHT avec un avancement considéré comme engagé dans 78 GHT, finalisé dans 7 et non débuté dans 7,
- de qualité et de sécurité des pratiques dans 90 projets de GHT avec un avancement engagé dans 79 GHT, finalisé dans 5 et non débuté dans 9,
- d'adaptation des prises en charge de proximité et référence dans 91 projets de GHT avec un avancement engagé dans 79 GHT, finalisé dans 7 et non débuté dans 10,
- d'adaptation des prises en charge à des populations fragiles dans 72 projets de GHT avec un avancement engagé dans 67 GHT, finalisé dans 5 et non débuté dans 9,
- d'attractivité et de recrutements de personnels médicaux dans 70 projets de GHT avec un avancement engagé dans 79 GHT, finalisé dans 5 et non débuté dans 7,
- de performance des prises en charge dans 68 projets de GHT avec un avancement engagé dans 60 GHT, finalisé dans 4 et non débuté dans 10.

Les facteurs de réussite dans l'organisation sont clairement identifiés comme relevant :

- de la mobilisation des équipes médicales (ex GHT Somme Littoral Sud, Oise ouest et Vexin, Cévennes Gard Camargue, Cantal...) avec en creux la faiblesse des effectifs médicaux liée à la démographie médicale comme facteur d'échec qui est citée par de très nombreux GHT (ex GHT Artois, 78 Yvelines Nord, Val de Seine et Plateaux de l'Eure, Moyenne Garonne, Charente, Centre Bretagne...),
- de la qualité managériale (ex pour le GHT Vienne, facteur essentiel de réussite dont l'enjeu est de permettre un partage du temps médical sur les activités les plus attractives et une rotation équilibrée sur les différents sites de manière à constituer des équipes (indispensable pour la cohésion et le maintien des compétences) ou encore pour le GHT Rouergue la constitution d'une équipe médicale territoriale et l'harmonisation de la politique de recrutement idem pour le GHT de Bretagne et le GHT Haute Saône ou pour le GHT Vendée, la présence d'un praticien portant une vision territoriale et reconnu par les autres équipes médicales,

² Attention le total des réponses n'est pas toujours cohérent avec le nombre déclaré de projets dans le domaine considéré

- de l'organisation de l'aval des urgences (ex GHT Oise Nord Est, Genevois Annecy Albanais...),
- et de la qualité du lien ville-hôpital (ex GHT Artois, Centre Manche, Ouest Hérault, Basse Alsace Sud Moselle..).

Des suggestions sont également faites comme la possibilité qui pourrait être laissée aux territoires avec pour condition d'être soutenue par l'ARS - de proposer de nouvelles offres et organisations visant à répondre aux demandes de soins non programmés et de recentrer les équipes urgentistes sur leur cœur de métier, avec des projets de centres de soins non programmés en partenariat avec la médecine de ville par exemple pour le GHT Union Hospitalière de Cornouaille.

Certains regrettent que la gestion des personnels médicaux ne soit pas confiée à titre obligatoire à l'établissement support du GHT devant la pénurie médicale d'urgentistes constatée sur beaucoup de territoire et/ou le refus exprimé par certains urgentistes d'engager une réflexion sur la mise en place d'une ou de plusieurs équipes médicales communes comme le GHT de Charente ou d'autres comme le GHT Béarn-Soule l'absence de modalités réglementaires de partage de la prime d'exercice territorial entre les établissements partenaires.

1.3.2 Filière gériatrique

La filière gériatrique a été considérée spécifiquement dans 105 GHT, dans une filière plus large dans 8 GHT et non traité dans 4 GHT (GHT 94 Est, 94 Psy Sud Paris, Bouches-du-Rhône et Vendée).

La filière gériatrique est bien présente dans la plupart des projets de GHT (puisque dite ne pas figurer dans seulement 4 projets parfois sur demande de l'ARS (30 GHT) mais le plus souvent en correspondance avec une priorité du PRS (vrai pour 95 GHT, non pour 11 GHT). La plupart des GHT en ont fait ainsi une priorité du PMP (99 GHT).

Des objectifs précis ont été définis en matière³ :

- de gradation des prises en charges dans 96 projets de GHT avec un avancement considéré comme engagé dans 84 GHT, finalisé dans 6 et non débuté dans 7,
- de qualité et de sécurité des pratiques dans 94 projets de GHT avec un avancement engagé dans 82 GHT, finalisé dans 2 et non débuté dans 9,
- d'adaptation des prises en charge de proximité et référence dans 98 projets de GHT avec un avancement engagé dans 85 GHT, finalisé dans 5 et non débuté dans 6,
- d'adaptation des prises en charge à des populations fragiles dans 95 projets de GHT avec un avancement engagé dans 84 GHT, finalisé dans 3 et non débuté dans 9,
- d'attractivité et de recrutements de personnels médicaux dans 66 projets de GHT avec un avancement engagé dans 58 GHT, finalisé dans aucun GHT et non débuté dans 16,
- de performance des prises en charge dans 85 projets de GHT avec un avancement engagé dans 68 GHT, finalisé dans 2 et non débuté dans 13.

³ Attention le total des réponses n'est pas toujours cohérent avec le nombre déclaré de projets dans le domaine considéré

L'adhésion et la mobilisation des équipes médicales et paramédicales sont sans surprise les facteurs de réussite du projet le plus souvent cité mais aussi des conditions favorisantes comme :

- l'existence d'équipes mobiles de gériatrie (ex GHT PSYchiatry 59-62, Rouen Cœur de Seine, Armor, Rance Emeraude, Brocéliande Atlantique...),
- la constitution préalable ou secondaire d'un réseau labélisé GHT (ex GHT Douaisis, Oise Nord Est, Val de Seine et Plateaux de l'Eure, Alpes du Sud, Corse du sud, Haute Bretagne, Léman Mont-Blanc...) ou d'un pôle inter-établissement (ex GHT Artois, Nièvre) ou d'une d'équipe médicale de territoire (ex GHT Rouergue),
- des temps médicaux partagés (ex GHT Oise ouest et Vexin),
- l'association avec la médecine de ville (ex GHT Oise ouest et Vexin) ou les établissements médico-sociaux (ex GHT Haute Loire, Rhône Nord Beaujolais Dombes),
- une politique gériatrique du département (ex GHT Evreux-Vernon).

Les facteurs d'échec ou de difficultés de mise en œuvre du projet sont essentiellement représentés par la démographie médicale et les difficultés de recrutement qu'elle entraîne au niveau des différentes composantes du GHT qui est citée par une majorité de GHT (40 GHT) y font référence de manière explicite).

L'éloignement géographique entre établissements du GHT est parfois cité (ex GHT Dunkerquois et Audomarois, Les Collines de Normandie) ou le non recoupement du territoire du GHT avec les filières gériatriques antérieurement constituées (ex GHT 92 Hauts-de-Seine). C'est parfois le nombre important d'acteurs présents sur le territoire qui crée la difficulté (ex GHT Dordogne) ou au contraire un nombre limité de lits disponibles notamment en secteur SSR (ex GHT Vaucluse, Haute Corse) ou la non appartenance au GHT d'EHPAD (ex GHT Loiret) ce qui à l'inverse est citée comme un facteur de réussite (ex GHT Touraine Val de Loire, Centre Bretagne).

Enfin, il est souligné des difficultés de mise en œuvre de la filière du fait du manque d'assise juridique (autorisations distinctes, budgets distincts, codage séparé ...) malgré la motivation des équipes à la création d'un pôle inter-établissement gériatrique (GHT 94 Nord).

1.3.3 Filière cardiologique

La filière cardiologique a été traitée spécifiquement dans 62 GHT, dans une filière plus large dans 38 GHT et non traitée dans 18 GHT regroupant généralement des établissements de petites tailles ou psychiatriques ou résultant d'un choix délibéré (ex Rouen Cœur de Seine dont l'établissement support est le CHU de Rouen).

L'inscription de la filière dans le projet se fait parfois sur demande de l'ARS (13 GHT) mais le plus souvent en correspondance avec une priorité du PRS (vrai pour 60 GHT, non pour 33 GHT). Certains GHT en ont fait ainsi une priorité du PMP (65 GHT).

Des objectifs précis ont été définis en matière⁴ :

- de gradation des prises en charges dans 83 projets de GHT avec un avancement considéré comme engagé dans 62 GHT, finalisé dans 13 et non débuté dans 8,

⁴ Attention le total des réponses n'est pas toujours cohérent avec le nombre déclaré de projets dans le domaine considéré

- de qualité et de sécurité des pratiques dans 73 projets de GHT avec un avancement engagé dans 59 GHT, finalisé dans 4 et non débuté dans 9,
- d'adaptation des prises en charge de proximité et référence dans 80 projets de GHT avec un avancement engagé dans 66 GHT, finalisé dans 6 et non débuté dans 9,
- d'adaptation des prises en charge à des populations fragiles dans 42 projets de GHT avec un avancement engagé dans 40 GHT, finalisé dans 1 et non débuté dans 6,
- d'attractivité et de recrutements de personnels médicaux dans 65 projets de GHT avec un avancement engagé dans 53 GHT, finalisé dans 5 et non débuté dans 8,
- de performance des prises en charge dans 64 projets de GHT avec un avancement engagé dans 50 GHT, finalisé dans 2 et non débuté dans 10.

Dans les facteurs de réussite de la filière se retrouvent les éléments relatifs à l'adhésion des équipes au projet ou à la présence d'un leader d'opinion, les difficultés provenant à l'inverse de l'absence de volonté des praticiens de l'établissement support de s'impliquer dans une réflexion territoriale (ex GHT Charente) ou encore pour cette filière des problèmes de recrutement de médecins spécialistes.

Parmi les autres facteurs de réussite qui sont cités, l'on trouve :

- la possibilité d'un adressage direct des patients par le médecin traitant (ex GHT Oise Nord Est) ou le conventionnement avec des cardiologues libéraux (ex GHT Gers, Alpes du Sud),
- la constitution d'une équipe de territoire (ex GHT Artois, 78 Yvelines Nord) ou d'une fédération inter-hospitalière (ex GHT Lille Métropole Flandre Intérieure) ou de consultations avancées (ex GHT 94 Es)t ou de postes partagés (ex GHT Groupe Hospitalier Sud Bretagne, Haute Bretagne, Brocéliande Atlantique, Rhône Vercors Vivarais) ou encore une politique commune des ressources humaines médicales (ex GHT 21-52 Côte-d'Or-Haute-Marne).

A l'inverse, les principales difficultés perçues tiennent parfois à la distance entre les différents sites qui rend complexe la mise en œuvre des projets (ex GHT 78 Yvelines Nord Jura, Cantal) ce qui rendrait nécessaire la consolidation du positionnement des responsables médicaux territoriaux de filière selon le GHT 78 Yvelines Nord. Les conditions de transfert entre établissements sur un très vaste territoire peuvent modifier les orientations patients selon les choix de la régulation (ex GHT Alliance de Gironde).

1.3.4 Filières analysées laissées au libre choix des GHT

Enfin les GHT ont été invités à citer une filière non traitée précédemment et jugée exemplaire.

Les réponses (91) sont de ce fait très variées et peu systématisables et de plus tous les GHT n'ont pas répondu avec entre 45 et 63 non-réponses selon les différentes sous-questions de cette partie du questionnaire.

Les caractéristiques globales des filières choisies par les GHT ne diffèrent pas significativement de celles des autres filières détaillées ci-avant que ce soit par rapport à d'éventuelles demandes de l'ARS ou des priorités définies conformément au PRS et même par rapport à celle qui seraient définies comme priorités du PMP.

Certaines réponses rendent plus particulièrement compte de l'exemplarité de la filière concernée :

- GHT Alliance de Gironde : Education thérapeutique, car les travaux ont permis de travailler sur des supports harmonisés et des programmes qui ont vocation à devenir communs,
- GHT Moyenne Garonne : Filière santé publique organisée dans le cadre d'un pôle territorial de santé publique avec mise en commun des moyens,
- GHT 94 Est : Les réalisations en matière d'organisation commune des plateaux techniques (notamment laboratoire et pharmacie),
- GHT Alpes Dauphiné Psychiatrie : le GHT, mis en place conjointement avec le rattachement de tous les secteurs de psychiatrie adulte à l'EPSM (CH Alpes Isère), et malgré un nombre de postes médicaux non pourvus élevé, a permis des avancées significatives (PDS communes pour les urgences adultes et pédiatriques, interventions en psycho-gériatrie dans des établissements extérieurs, collaborations en addictologie).

De même, l'attention portée aux différents indicateurs (gradation des prises en charge, qualité et sécurité des pratiques, renforcement des prises en charge de proximité et référence...) ne diffère pas dans sa globalité de la situation des autres filières décrites.

Les critères de sélection de ces filières par les GHT relèvent alors d'autres motifs qui ne sont pas explicités par ailleurs.

L'analyse des facteurs de réussite ou de difficultés dans l'organisation de la filière rend compte de la diversité des filières choisies par les GHT ayant répondu à cette partie du questionnaire soit seulement 58 GHT sur un total de 121 (soit 47,9 %).

Les réponses fournies par les GHT correspondent plutôt d'ailleurs aux actions qui ont été réussies du fait de la constitution de la filière qu'en une analyse de leurs facteurs de réussite, les filières étant alors le plus souvent non spécifiées. A ce titre ces filières choisies constituent ainsi autant de succès liés à la mise en place des GHT considérés.

Les GHT se félicitent ainsi par exemple :

- De la structuration de la maternité de niveau III sur un site unique et du renouvellement de la démographie médicale (GHT Oise Sud),
- De la constitution d'une filière d'addictologie sur l'ensemble du territoire (GHT Artois),
- De la création de centres de traitement des plaies par zone de proximité (GHT Hainaut-Cambrésis),
- De l'appartenance des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) à un pôle unique qui qui renforce leur visibilité et leur capacité d'action (GHT 75 Paris Psychiatrie et Neurosciences),
- De l'association de tous les acteurs du handicap du territoire permettant d'élargir les modes de prise en charge et de définir des projets susceptibles de financement (GHT Rouen Cœur de Seine),
- D'avoir permis d'organiser la gradation des soins et la complémentarité des offres (GHT Charente),
- De l'harmonisation de l'offre en éducation thérapeutique (GHT Alliance de Gironde),

- De la constitution d'une filière imagerie (GHT Maine et Loire et Haute-Corse) ou biologique (GHT Sarthe),
- De la constitution d'une offre de chimiothérapie anti-cancéreuse et hématologique en proximité de même niveau d'exigence que celle offerte par les centres de référence, limitant les nombreux déplacements (GHT Vendée),
- De développer des consultations avancées de chirurgie au niveau des établissements parties pour assurer une offre de soins de proximité (GHT Corse du Sud),
- De conforter des projets ciblés en santé mentale sur des populations spécifiques (GHT Touraine Val de Loire),
- De la mise en œuvre d'un bloc opératoire unique sur le site de Quimper a été un facteur déterminant de gradation effective des prises en charge (GHT Union Hospitalière de Cornouaille),
- De l'organisation de la médecine polyvalente sur 3 sites avec des plateaux techniques de nature différente (GHT Brocéliande Atlantique),
- De l'animation d'une filière AVC portée par un praticien du GHT avec le déploiement d'un outil de télé-AVC (GHT Rhône Vercors Vivarais).

1.3.5 Les actions de télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)

Les actions de télémédecine sont très présentes dans les projets soit dans 113 projets de GHT (93,4% de l'ensemble des GHT ayant répondu au questionnaire) et sont souvent très nombreuses dans le cadre du même projet qui pour certains GHT passe par la mise en place d'un comité de pilotage (ex GHT Artois, Landes).

Les projets de téléconsultation couvrent en général des domaines des soins très variés tant en médecine qu'en chirurgie, allant de la dermatologie à la psychiatrie, et sont présentés comme des outils de prise en charge de certains parcours patients permettant ainsi l'accès à distance à des sites spécialisés de recours conformément aux objectifs généraux des projets de téléconsultation.

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

Les actions décrites sont plus souvent engagées (dans 89 GHT soit 73,6% du total des GHT) que déjà finalisées (dans 9 GHT soit 7,4%) ou non débutées (dans 12 GHT soit 9,9% du total).

Plusieurs GHT font part de projets innovants :

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

Certains font état de difficultés :

- notamment financières liées à l'absence par exemple de rémunération des consultations en psychiatrie (GHT 94 Psy Sud Paris) ou à l'absence de financement par l'ARS (GHT 94 Est, Bourgogne méridionale),
- ou liées à l'hétérogénéité de la mise en place de la télémédecine selon les parcours et selon les établissements en fonction des besoins et des ressources disponibles (GHT Hainaut-Cambrésis, Alliance de Gironde),
- ou d'ordre technique liées à des défauts de couverture des zones rurales (GHT Rouen Cœur de Seine) ou d'interfaçage avec le dossier patient (GHT Evreux-Vernon).

1.4 Articulation avec la médecine de ville

L'articulation du GHT avec la médecine de ville est prévue dans 99 des projets de GHT (soit 81,8% du total des réponses), seul 18 projets de GHT n'y feraient pas référence.

Les projets correspondent dans leur globalité et en termes d'objectif final, à la mise en place d'un parcours coordonné pour le patient associant médecin traitant-établissements MCO-structures sociales et médico-sociales.

Des objectifs qui sont ainsi définis par exemple par le GHT Mayenne et Anjou comme devant fluidifier et coordonner les parcours de santé en facilitant l'accès direct des médecins libéraux aux services hospitaliers, en coordonnant les sorties d'hôpital et en organisant la gradation des soins entre la ville, le médico-social, les CH de proximité et les établissements de recours.

Pour ce faire, différents moyens sont envisagés :

- Une communication facilitée et sécurisée avec les médecins des établissements du GHT :
 - lignes téléphoniques réservées aux médecins de ville pour avoir des avis spécialisés (ex GHT Nord Franche-Comté, 21-52 Côte-d'Or-Haute-Marne, Bourgogne méridionale, Nord Yonne, Bresse Haut-Bugey...),
 - application smartphone dédiée aux médecins généralistes (ex GHT Artois Ternois, 77 Sud, Léman Mont-Blanc...),
 - messagerie sécurisée (ex GHT Oise Nord Est, Lozère), portail ville-hôpital avec interface sur internet/intranet (ex GHT Oise sud, Lille Métropole Flandre Intérieure, Gers...),
 - ainsi que de nombreux programmes de téléconsultations ou de télé expertises ouverts aux médecins de ville (cf. supra),
 - l'amélioration des délais d'envoi des lettres de liaison et des comptes rendus d'hospitalisation (ex GHT Oise ouest et Vexin) ou des procédures facilitées pour l'admission des patients (ex GHT Alliance de Gironde)
- L'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires (ex GHT Val de Seine et Plateaux de l'Eure, Est Hérault et Sud Aveyron, Nord Dauphiné),
- la participation au fonctionnement des Plateformes Territoriales d'appui (PTA) et aux travaux des Futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (ex GHT Groupe Hospitalier Mont Saint-Michel plateaux techniques, Rouen Cœur de Seine, Caux maritime, Alpes Maritimes, Cher ...),

- La mise en place de cellules de coordination ville-hôpital pour la régulation des hospitalisations non programmées (ex GHT Ouest Hérault) ou des dispositifs plus spécialisés comme par exemple après hospitalisation pour insuffisance cardiaque des personnes de plus de 75 ans (GHT 78 Yvelines Sud) ou des projets de co-construction de protocoles de prise en charge à domicile (ex GHT Union Hospitalière de Cornouaille),
- La création de postes médicaux partagés ville-hôpital notamment dans le cadre de la création des 400 postes de médecins généralistes salariés, annoncée dans les premières mesures de « Ma Santé 2022 »⁵ (ex GHT 94 est, 78 Yvelines Nord, Maine et Loire, Loire Atlantique, Alpes Dauphiné...),
- Le développement d'actions de communication et de formation pour une meilleure connaissance des pratiques entre la ville et l'hôpital (ex GHT Artois, 77 Sud, Estuaire de la Seine, Atlantique 17, Moselle Est mais aussi d'actions communes en faveur de populations particulières (ex création d'une association pluri professionnelle pour la prise en charge du patient chronique GHT Aube et Sézannais).

Dans le cadre de ces objectifs, les projets sont pour la plupart engagés pour 71 GHT (58,7% du total des réponses), finalisés dans 10 GHT (8,3% du Total) et non débutés dans 16 GHT (13,2% du total).

Des résultats tangibles de certaines actions ont déjà été notés :

- par le GHT Alliance de Gironde comme le fait d'éviter certaines hospitalisations de personnes âgées et de favoriser des hospitalisations programmées,
- ou encore pour le GHT Moselle Est Alliance pour qui les liens avec la ville sont pleinement fonctionnels pour certains parcours et cite que 80% des hospitalisations de l'hôpital Lemire du CHIC Unisanté de Forbach et Saint-Avold sont ainsi programmées et proviennent des médecins de ville.

Cependant des difficultés particulières sont notées dans la mise en œuvre de ces projets qui tiennent par exemple :

- au manque d'organisation de la médecine de ville et au manque de moyens adaptés ou de recettes permettant de soutenir les activités de liaison avec la médecine de ville pour le GHT 94 Psy Sud Paris,
- ou à un cadre juridique jugé complexe pour articuler la coopération entre médecine de ville et urgences et des financements peu incitatifs pour le GHT Val de Seine et Plateaux de l'Eure,
- ou encore à des difficultés liées à la fragilité de la démographie médicale en ville dans certaines régions (ex GHT Caux Maritime, Centre Bretagne, Cantal...),
- ou encore à la difficulté à trouver des interlocuteurs engageants les confrères libéraux (ex GHT Groupe Hospitalier Sud Bretagne), certains regrettant ainsi le temps très long parfois nécessaire pour construire des consensus avec les professionnels de ville (ex GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes)ⁱ.

⁵ INSTRUCTION N° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires

1.5 Articulation avec le secteur médico-social

Les GHT dans leur grande majorité (104 soit 84%) ont prévu ou sont déjà en lien avec le secteur médico-social seul 14 d'entre eux disent ne pas en avoir.

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

La filière gériatrie est ainsi souvent citée avec :

- des dispositifs visant à mieux articuler les différents acteurs de la filière
 - par une meilleure structuration des parcours patients (ex GHT Est Hérault et Sud Aveyron, Saintonge...),
 - par la réduction des délais des demandes d'admission en SSR ou en EHPAD (ex GHT 77 sud ou l'évitement des hospitalisations inutiles (ex GHT Alliance de Gironde),
 - par l'ouverture de lits de courts séjours gériatriques pour éviter des passages aux urgences (ex GHT Touraine Val de Loire) ou le développement de l'HAD en EHPAD (ex GHT Bresse Haut-Bugey, Cantal, Union Hospitalière de Cornouaille...).
- des partages de compétence avec :
 - la mise en place de consultations par des équipes mobiles (ex GHT Nord, Gers, Bourgogne méridionale, Saintonge, Cantal...) ou de très nombreuses offres de télé-médecine (ex GHT Artois Temois, Dunkerquois et Audomarois, Rouen Cœur de Seine, Moyenne Garonne, Saintonge, Aube et Sézannais, Haute Bretagne, Savoie Belley, Alpes Dauphiné, Rhône Centre, Rhône Vercors Vivarais, Rhône Nord Beaujolais Dombes...),
 - l'amélioration des soins de nuit ou de week-end en EHPAD par exemple (ex GHT Groupe Hospitalier Mont Saint-Michel, Estuaire de la Seine),
 - ou la prise en charge du risque infectieux en EHPAD (ex GHT Cévennes Gard Camargue, Pyrénées ariégeoises),
 - ou encore la prévention bucco-dentaire (ex GHT Alpes Maritimes, Moyenne Garonne).

La plupart des actions sont considérées comme engagées (87 soit 71,9 % du total) très peu sont finalisées (3 soit 2,5 %) ou non débutées (10 soit 8,3 %).

Certains GHT ayant une composition bi-départementale soulignent des difficultés de coordination avec les opérateurs médico-sociaux très liés aux départements (ex GHT 94 Psy Sud Paris), d'autres la difficulté de répondre totalement aux besoins d'appui et d'expertises du secteur médico-social en raison de contraintes démographiques (ex GHT Moselle Est) ou encore la réticence de certains établissements à être partenaires du GHT (ex GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes).

1.6 Coopération avec des cliniques privées

La position des GHT vis-à-vis des cliniques privées est très partagée puisque 60 GHT déclarent avoir une coopération avec une clinique et 59 ne pas en avoir.

De même, le positionnement des GHT vis-à-vis des cliniques privées est très variable en fonction des situations locales. Il est de plus difficile d'en tracer de façon formelle son évolution et son antériorité par rapport à la constitution du GHT, les réponses au questionnaire ne le permettant pas toujours.

Ainsi certains établissements devenus membres du GHT partageaient :

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

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

Certains veulent faire évoluer les conventions préexistantes en conventions territoriales (ex GHT Haute Bretagne).

Les actions sont dites engagées le plus souvent pour 44 GHT, finalisées pour 7 et non débutées pour 8.

1.7 Action majeure mise en œuvre par le GHT

Les actions majeures citées par les GHT sont très diverses et nombreuses, certains GHT en citant même plusieurs !

L'élaboration du projet médical partagé est parfois cité comme l'action majeure ayant permis la mise en place d'actions structurantes et les échanges de temps médicaux ou la mutualisation des fonctions supports (ex GHT 92 Hauts-de-Seine, 78 Yvelines Sud, 94 Psy Sud Paris, Charente, Haute Bretagne, Haute-Loire, Rhône Nord Beaujolais Dombes).

De nombreuses actions concernent ainsi des actions structurantes secondaires à la constitution du GHT, en rappelant qu'il s'agit d'actions choisies par les GHT pour leur exemplarité⁶ :

- Création de pôles inter-établissements (ex GHT Oise Sud, Artois, 94 Nord, Limousin, Rance Emeraude, Nièvre) ou de fédérations inter-hospitalières (ex GHT Lille Métropole Flandre Intérieure, Atlantique 17, Alpes du Sud),
- Organisation de filières de soins notamment en gériatrie mais aussi en neurologie, cardiologie, urologie (ex GHT Douaisis, 95 Sud Val d'Oise Nord Hauts-de-Seine, Centre Manche, Caux Maritime, Navarre-Côte Basque Dordogne, Saintonge, Alpes du Sud, Var, Mayenne et Haut-Anjou, Basse Alsace Sud Moselle, Genevois Annecy Albanais),

⁶ Il faut en effet rappeler que les actions citées ont été choisies par les GHT pour leur exemplarité considérant la singularité de leurs situations locales, d'autres GHT dans d'autres situations locales peuvent avoir conduit aussi les mêmes actions sans les avoir considérées comme exemplaires

- Réorganisation de l'offre de soins à l'échelle du territoire entre établissements membres du GHT notamment dans le domaine des urgences mais aussi en chirurgie ou en cancérologie (ex GHT Les Collines de Normandie, Vaucluse, Sarthe, Haute-Corse, Centre Bretagne, Centre Franche-Comté, Loire) ou création d'une HAD territoriale (GHT Union Hospitalière de Cornouaille),
- Réorganisation et renforcement des équipes médicales des établissements membres du GHT avec :
 - Mise à disposition de temps partagés médicaux ou renforcement des consultations avancées (ex GHT PSYchiatry 59-62, Estuaire de la Seine, Vendée, Corse du Sud, Loir-et-Cher, Cantal) ayant permis notamment d'éviter la fermeture de services (ex GHT Alliance de Gironde, Deux Sèvres),
 - ou création d'équipes territoriales des urgences (ex GHT Vienne, Bresse Haut-Bugey), en endocrinologie (GHT Rouergue), en gynécologie (GHT Sud Lorraine), en gériatrie (GHT Cher),
 - ou la consolidation de la permanence des soins dans les établissements du GHT (ex GHT Moselle Est).
- développement de la télémédecine (ex GHT Moyenne Garonne, Lozère)
- Gestion prévisionnelle des effectifs médicaux à l'échelle du GHT (ex GHT Maine et Loire),
- Renforcement des liens ville-hôpital (ex GHT Evreux-Vernon),
- Harmonisation des pratiques ou des matériels :
 - en biologie avec mise en place d'une chaîne robotisée identique sur les 5 laboratoires du GHT Somme Littoral Sud ou l'organisation d'un laboratoire commun (ex GHT Béarn-Soule, Touraine Val de Loire),
 - Dans le domaine de la pharmacie (ex GHT Dunkerquois et Audomarois Groupe Hospitalier Sud Bretagne),
 - Ou en radiologie avec la mutualisation des plateaux d'Imagerie (ex GHT Landes, Loire Atlantique).
- Développement de l'innovation médicale et soignante (ex GHT Rouen Cœur de Seine et de la recherche au profit des patients (ex GHT 21-52 Côte-d'Or-Haute-Marne).

1.8 Projets médicotéchniques couverts par le PMP

Les projets médicotéchniques couverts par le PMP concernent principalement la pharmacie (présente dans le PMP de 56 GHT soit 46,8% du total des réponses) puis la biologie (présente dans 33 projets soit 27,3 % du total des réponses) et enfin la radiologie (présente dans 19 projets soit 15,7 % du total).

Les coopérations étaient majoritairement antérieures à la constitution du GHT pour 76 GHT mais un nombre de significatif de coopérations se sont développées après sa constitution pour 39 GHT.

Ces projets ne se sont pas faits très majoritairement sur la demande des ARS soit pour 98 GHT, la demande n'ayant portée que sur 15 GHT. Le PRS a été par contre une composante significative de ces projets pour 47 GHT et non pour 64 GHT.

Le facteur le plus déterminant a été le fait que les GHT ont considéré ces projets comme une priorité (87 GHT soit 71,9 % du total des réponses).

Des objectifs opérationnels ont été définis en matière :

- de rationalisation de la gestion de la pharmacie, du circuit du médicament dans 85 projets de GHT (70,2 % du total),
- de rationalisation des équipements de laboratoires dans 68 projets de GHT (56,2 % du total),
- d'accès aux soins (radiologie) dans 65 projets de GHT (53,7 % du total).

Les projets sont jugés engagés par 80 GHT (soit 66,1 % du total des réponses), finalisés par 8 GHT (6,6 % du total) et non débuté par 9 GHT (7,4 % du total).

- de qualité et sécurité des pratiques ont été définis dans 98 projets de GHT (81 % du total).

Les projets sont jugés engagés par 85 GHT (soit 70,2 % du total des réponses), finalisés par 5 GHT (4,1 % du total) et non débuté par 7 GHT (75,8 % du total).

- de renforcement des prises en charge de proximité et référence dans 86 projets de GHT (71,1 % du total),

Les projets sont jugés engagés par 74 GHT (soit 61,2 % du total des réponses), finalisés par 4 GHT (3,3 % du total) et non débuté par 8 GHT (6,6 % du total).

- de performance des prises en charge dans 84 projets de GHT (69,4 % du total)

Les projets sont jugés engagés par 74 GHT (soit 61,2 % du total des réponses), finalisés par 3 GHT (2,5 % du total) et non débuté par 7 GHT (5,8 % du total).

Les facteurs de réussite sont clairement liés à l'adhésion des professionnels pour le projet d'une organisation pensée à l'échelle du territoire pour une large majorité de GHT (ex GHT 94 Est, Cévennes, Gard Camargue, Haute-Garonne et Tarn Ouest, Mayenne et Haut-Anjou, Somme Littoral Sud, Douaisis, Loire Atlantique, Chermis...) mais aussi à la volonté des établissements.

Sont relevés également comme des facteurs favorisant, l'existence de coopérations ou projets de coopération antérieurs à la création du GHT pour les GHT 92 Hauts-de-Seine et Alpes Maritimes ou l'effet d'entraînement du succès d'une filière sur les autres filières pour le GHT Saintonge ou de bien gérer les relations entre les hospitaliers et la Ville pour le GHT Haute-Loire.

Des difficultés sont soulignées quand chaque établissement partie veut garder son autonomie en matière d'investissement par exemple mais aussi pour maintenir des relations locales antérieures. (ex : GHT 94 Psy Sud, Paris Estuaire de la Seine, Rouergue, Rhône Vercors Vivarais).

D'où l'importance d'une gouvernance territoriale pour le GHT Deux Sèvres ou le partage des bonnes pratiques pour tendre vers un fonctionnement commun considéré par le GHT Yvelines Nord comme une démarche essentielle.

Des problèmes de recrutements sont évoqués comme difficultés à l'avancée des projets en pharmacie (ex : GHT Evreux-Vernon, Charente) ou en imagerie (ex : GHT Dordogne, Tarn et Garonne, Oise Sud, Sud Lorraine, 21-52 Côte-d'Or-Haute-Marne).

Les problèmes de logistique et les coûts afférents liés à l'éloignement géographique des sites est aussi souvent cité comme un facteur de complication à la mise en œuvre du projet territorial ainsi que les capacités différentes d'investissement des établissements (ex : GHT Rouen Cœur de Seine, Deux Sèvres, Alpes du Sud, Bourgogne méridionale, Genevois Annecy Albanais Moselle Est).

Des problèmes particuliers peuvent survenir lorsqu'un laboratoire public est intégré à un GCS avec deux autres laboratoires publics implantés dans 2 autres GHT différents comme cela est l'est évoqué par le GHT Dordogne.

1.9 Domaines couverts par la convention CHU-GHT

Plusieurs questions permettent de décrire les applications et les impacts de la convention d'association entre CHU et GHT ;

La convention comporte-t-elle des dispositions en matière de formation initiale ?

- Oui pour 99 GHT (81,8 % du total des réponses) Non pour 16 GHT (13,2 % du total)

Des stages ont-ils été créés au sein d'établissements du GHT ?

- Oui pour 33 GHT (27,3 % du total des réponses) Non pour 79 GHT (65,3 % du total)

La convention comporte-t-elle des outils de gestion prévisionnelle des emplois et compétences ?

- Oui pour 72 GHT (59,5 % du total des réponses) Non pour 43 GHT (35,5 % du total)

Prévoit-elle un recensement prévisionnel des besoins ?

- Oui pour 69 GHT (57 % du total des réponses) Non pour 3 GHT (2,5 % du total) sans réponse 49 (40,5 % du total)

L'impact sur les besoins de formation ?

- Oui pour 53 GHT (43,8 % du total des réponses) Non pour 17 GHT (14 % du total) sans réponse 51 (42,1 % du total)

La convention comporte-t-elle des dispositions en matière de recherche ?

- Oui pour 102 GHT (84,4 % du total des réponses) Non pour 11 GHT (9,1 % du total)

La convention comporte-t-elle des dispositions en matière de gradation des prises en charge ?

- Oui pour 92 GHT (76 % du total des réponses) Non pour 23 GHT (19 % du total)

Concernant la gradation des soins, les conventions dans leur majorité font référence au rôle particulier du CHU dans les activités de référence et de recours.

Le GHT Artois Ternois précise que la convention a pour but d'assurer une prise en charge graduée, selon le principe de subsidiarité et en tenant compte de la proximité, du recours et des activités de référence. Cela implique une action en matière d'organisation des filières de soins en lien avec la déclinaison des missions hospitalo-universitaires du CHU qui est associé au contenu du PM.

Ou de façon encore plus détaillée selon le GHT Somme Littoral Sud, la convention précise qu'en lien avec les autres établissements de santé détenteurs des autorisations ou labels concernés (au sein ou hors du GHT), le CHU coordonne l'organisation des filières de soins pour les disciplines SIOS et les activités relevant de centres de référence ou pour lesquelles ils jouent un rôle de centre expert et de recours. Il définit et met en place avec le GHT les étapes du parcours de prise en charge des patients, dans un souci de maillage du territoire. Les missions de recours s'inscrivent dans le cadre d'une offre de soins graduée, déclinée par discipline médicale. Quand elles ne sont pas assurées au sein du GHT, les établissements parties l'organisent prioritairement avec le CHU de la subdivision universitaire ou le CH le plus proche en vertu d'une stratégie d'alliance réciproque (filières et plateaux techniques spécialisés, offre de télémedecine etc...) dans un esprit de partenariat permettant à chaque établissement d'en bénéficier.

Certaines conventions font références aux engagements réciproques à adresser prioritairement les patients qui relèvent des compétences du CHU vers le GHT et inversement avec une liste de coopérations prioritaires à développer entre le GHT et le CHU (GHT 78 Yvelines Sud) ou dresse un diagnostic partagé des besoins liés aux activités de recours et de référence afin de contribuer à la définition et à l'organisation de filières (GHT Cotentin Atlantique 17)

Certaines conventions contiennent des aspects particuliers comme l'établissement d'un diagnostic partagé des effectifs via une cartographie fondée sur un recensement à 5 ans (GHT Vaucluse) ou un engagement en faveur de la promotion des bonnes pratiques professionnelles et d'amélioration de la pertinence auprès de tous les établissements des GHT de leurs subdivisions et de favoriser des démarches de concertation médicale inter établissements (ex GHT Rhône Vercors Vivarais, Rhône Sud Isère).

La convention comporte-t-elle des dispositions relatives au PMP du GHT ?

- Oui pour 66 GHT (54,5 % du total des réponses) Non pour 49 GHT (40,5 % du total)

Notamment sur la réduction des taux de fuite hors région pour les spécialités et le recours ?

- Oui pour 30 GHT (24,8 % du total des réponses) Non pour 37 GHT (30,6 % du total) sans réponse 54 (44,6 du total)

La convention comporte-t-elle des dispositions en matière de mise à disposition de personnels médicaux ?

- Oui pour 71 GHT (58,7 % du total des réponses) Non pour 45 GHT (37,2 % du total)

Consultations avancées ?

- Oui pour 46 GHT (38 % du total des réponses) Non pour 25 GHT (20,7 % du total) sans réponse 50 (41,3 % du total)

Activité partagée de praticiens ?

- Oui pour 69 GHT (81,8 % du total des réponses) Non pour 3 GHT (13,2 % du total) sans réponse 49 (40,5 % du total)

Temps de concertation inter établissements ?

- Oui pour 55 GHT (45,5 % du total des réponses) Non pour 14 GHT (11,6 % du total) sans réponse 52 (43 % du total)

2 Dispositif de suivi de la mise en œuvre intra GHT

Existe-t-il un dispositif de suivi de la mise en œuvre intra GHT ?

- Oui pour 90 GHT (74,4 % du total des réponses) Non pour 27 GHT (22,3 % du total)

Le rôle de suivi est-il dévolu à une des instances obligatoires du GHT ?

- Oui pour 76 GHT (62,8 % du total des réponses) Non pour 13 GHT (10,7 % du total) sans réponse 32 (26,4 % du total)

Si non, un comité de suivi spécifique intra GHT a-t-il été créé ?

- Oui pour 10 GHT (8,3 % du total des réponses) Non pour 5 GHT (4,1 % du total) sans réponse 106 (87,6 % du total)

Le suivi opéré est-il global ?

- Oui pour 63 GHT (52,1 % du total des réponses) Non pour 25 GHT (20,7 % du total) sans réponse 33 (27,3 % du total)

Le suivi est-il opéré par filière ?

- Oui pour 72 GHT (59,5 % du total des réponses) Non pour 14 GHT (11,6 % du total) sans réponse 35 (28,9 % du total)

Si oui, un référent de filière a-t-il été désigné ?

- Oui pour 65 GHT (53,7 % du total des réponses) Non pour 6 GHT (5 % du total) sans réponse 50 (41,3 % du total)

Des indicateurs de suivi par action sont-ils définis au sein du PMP ?

- Oui pour 58 GHT (47,9 % du total des réponses) Non pour 30 GHT (24,8 % du total) sans réponse 33 (27,3 % du total)

Echéances de réalisation prévues par action au sein du PMP ?

- Oui pour 56 GHT (46,3 % du total des réponses) Non pour 32 GHT (26,4 % du total) sans réponse 33 (27,3 % du total)

Un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PMP est-il tenu ?

- Oui pour 34 GHT (28,1 % du total des réponses) Non pour 52 GHT (43 % du total) sans réponse 35 (28,9 % du total)

3 Effets perceptibles de la mise en œuvre du GHT

3.1 Réorganisation de l'offre liée à la mise en œuvre du GHT

3.1.1 Des fusions ou rapprochements de service ont-ils eu lieu depuis l'installation des GHT ?

- Oui pour 75 GHT (62 % du total des réponses) Non pour 44 GHT (13,2 % du total)

Les réponses des GHT recouvrent des remaniements organisationnels plus ou moins profonds de nature diverse qui peuvent concerner l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales mais au sein d'un GHT les initiatives ne concernent en général qu'une ou deux spécialités.

A ce titre, il peut s'agir :

- De fédérations inter-hospitalières (ex GHT 78 Yvelines Sud, 94 Est)
- De pôles inter-établissements (ex GHT Apes du Sud, Alpes du Sud, Haute Alsace, Armor, Nièvre, Rhône Nord Beaujolais Dombes, 94 Nord, Alliance de Gironde, Limousin...),
- De rapprochements de service (ex GHT Loire Atlantique, Sarthe, Moselle Est, 21-52 Côte-d'Or Haute-Marne, Bresse Haut-Bugey, Nord Dauphiné...),
- De filières graduées (ex GHT Marne Haute-Marne Meuse, Saintonge),
- De création de structures ad'hoc ex (GHT Ouest Audois fédération départementale de l'aide médicale urgente),
- De fusions d'activités par exemple en prévention sanitaire (GHT Tarn Revelois et Saint-Ponais),
- De fermeture ou de fusion de services (ex GHT Alpes Maritimes, Centre Bretagne...)
- De fermeture de maternité (GHT Saintonge),
- Ou même de fusions d'établissements (ex GHT Charente, Pyrénées ariégeoise, Alpes-de-Haute-Provence, Sud Lorraine, Loir-et-Cher, Groupe Hospitalier Sud Bretagne, Bourgogne méridionale, Alpes Dauphiné...) ou de rapprochements d'établissements (ex GHT Loiret) ou de transformation d'un GCS en établissement de santé (GHT Touraine Val de Loire).

Engagés ?

- Oui pour 67 GHT (55,4 % du total des réponses) Non pour 40 GHT (33,1 % du total)

3.1.2 Des pôles territoriaux ont-ils été créés pour mettre en œuvre le PMP ?

- Oui pour 18 GHT (14,9 % du total des réponses) Non pour 101 GHT (83,5 % du total)

Des pôles territoriaux vont-ils être créés pour mettre en œuvre le PMP ?

- Oui pour 35 GHT (28,9 % du total des réponses) Non pour 81 GHT (66,9 % du total)

Se superposent-ils aux Pôles d'établissements ?

- Oui pour 16 GHT (13,2 % du total des réponses) Non pour 28 GHT (23,1 % du total) sans réponse 77 (63,6 % du total)

Remplacent-ils les Pôles d'établissements ?

- Oui pour 24 GHT (19,8 % du total des réponses) Non pour 19 GHT (15,7 % du total) sans réponse 78 (64,5 % du total)

Bénéficient-ils d'un budget mutualisé (recettes / dépenses d'activité) entre les établissements ?

- Oui pour 6 GHT (5 % du total des réponses) Non pour 33 GHT (27,3 % du total) sans réponse 82 (67,8 % du total)

Sont-ils portés par l'établissement support ?

- Oui pour 31 GHT (25,6 % du total des réponses) Non pour 9 GHT (7,4 % du total) sans réponse 81 (66,9 % du total)

Par une autre structure juridique (GCS par exemple) ?

- Oui pour 4 GHT (3,3 % du total des réponses) Non pour 32 GHT (26,4 % du total) sans réponse 85 (70,2 % du total)

Couvrent-ils

- <5 % du budget total des établissements 17 GHT (14 % du total des réponses)
- 5<x<-50 % du budget des établissements 9 GHT (7,4 % du total des réponses)
- x >50 % du budget des établissements 6 GHT (5 % du total des réponses)
- sans réponse 89 (73,6 % du total des réponses)

Ont-ils permis une réorganisation de l'offre de soins ?

- Oui pour 20 GHT (16,5 % du total des réponses) Non pour 20 GHT (16,5 % du total) sans réponse 81 (66,9 % du total)

Les effets sur la nature de l'offre de soins ainsi réorganisée sont très variables car ont concerné (hors projet) :

- Le SSR avec une refonte de l'organisation territoriale de la prise en charge (GHT Artois Temois),
- L'obstétrique avec la transformation d'une maternité en Centre Périnatal de Proximité (CPP) (GHT Oise ouest et Vexin, Marne Haute-Marne Meuse, Nièvre),
- La cardiologie avec la constitution d'un pôle neuro-cardio-vasculaire et la mise en place d'une équipe médicale commune en cardiologie et d'une filière commune de prise en charge avec proximité/recours entre les établissements (GHT Artois),
- La permanence des soins en chirurgie prélude à la constitution d'équipes territoriales (GHT Rouergue),

- La biologie, l'imagerie et la pharmacie dans le cadre de GCS (GHT Aube et Sézannais, Moyenne Garonne) ou de pôle territorial (GHT Champagne, Haute-Garonne et Tarn Ouest).

3.1.3 Des consultations avancées sont-elles mises en œuvre ?

- Oui pour 107 GHT (88,4 % du total des réponses) Non pour 13 GHT (10,7 % du total)

La typologie des consultations couvre la totalité des spécialités médicales et chirurgicales ou obstétricales mais leur nombre est variable selon les GHT de 1 à plus de 20 spécialités différentes sur l'ensemble du GHT avec un nombre d'établissements concernés également très variable.

Le nombre de consultations effectuées est en moyenne de 1550 sur l'année 2015 avec des écarts très importants de quelques consultations à plus de 15000 en progression notable sur 2018 avec en moyenne 2535 consultations réalisées avec des écarts toujours très importants de quelques dizaines de consultations à plus de 15000⁷

3.1.4 Des actions sont-elles engagées permettant de mieux assurer la permanence des soins ?

- Oui pour 86 GHT (72,9 % du total des réponses) Non pour 32 GHT (27,1 % du total)

Les actions des GHT qui visent à assurer la permanence concernent essentiellement les services d'urgences mais plus généralement toutes les spécialités comportant une activité d'urgence.

Concernant plus spécifiquement les services d'urgences, certains GHT ont indiqué avoir mis en place sous des vocables différents des systèmes d'entraide entre services d'urgences (Convention ou charte d'entraide ou conventions de mise à disposition (ex GHT Lille Métropole Flandre Intérieure, 78 Yvelines Nord, Moyenne Garonne) ou encore le rapprochement des tableaux de service entre services de médecine et services d'urgences (GHT Groupe Hospitalier Mont Saint-Michel) ou l'organisation d'un travail en multi-sites pour les urgences (GHT Estuaire de la Seine).

Des équipes territoriales ont été mises en place mais pas seulement pour les services d'urgences mais aussi en gynécologie par exemple (ex GHT Artois Temois, Navarre-Côte Basque, Limousin, Vienne).

Des lignes d'astreinte ont été mutualisées (ex GHT Dunkerquois et Audomarois) ou de coopérations établies entre établissements (ex GHT 77 Sud) ainsi que des plateaux de laboratoire (ex GHT Hainaut-Cambrésis) ou des astreintes de pharmacie (ex GHT Centre Manche, Caux Maritime).

Existe-t-il un tableau commun de permanence des soins au sein du GHT ?

- Oui pour 32 GHT (26,4 % du total des réponses) Non pour 87 GHT (71,9 % du total)

Les spécialités concernées sont très variables en nombre de 1 à 5 et en nature avec une prépondérance des services d'urgence et des disciplines comportant une activité d'urgences (cardiologie, neurologie, gastro-entérologie, obstétrique...)

⁷ Attention le taux de réponse est faible puisque seulement 46 GHT (38% des GHT) ont répondu pour 2015 et 57(47,1% des GHT) pour 2018 en rappelant que 107 GHT ont déclaré avoir mis en place des consultations avancées.

3.2 Réorganisation des actions qualité-sécurité

Une direction commune de la qualité est-elle créée ?

- Oui pour 26 GHT (21,5 % du total des réponses) Non pour 93 GHT (76,9 % du total)

Si non, des référents communs ?

- Oui pour 60 GHT (49,6 % du total des réponses) Non pour 60 GHT (49,6 % du total) sans réponse 35 (28,9 % du total)

Une politique de préparation commune à la certification est-elle mise en place ?

- Oui pour 99 GHT (81,8 % du total des réponses) Non pour 19 GHT (15,7 % du total)

Des actions communes en matière de qualité de prise en charge sont-elles engagées ?

- Oui pour 103 GHT (85,1 % du total des réponses) Non pour 14 GHT (11,6 % du total).

Indices caractéristiques de qualité de la prise en charge sur le territoire du GHT

Sur indication des chiffres fournis par les GHT, la tendance de l'évolution du taux de rehospitalisation entre 2015 et 2018 n'est pas favorable mais les différences ne sont pas significatives (test F de Fischer $p = 0,84$)⁸.

Tableau 1 : Evolution de la moyenne en % du taux de rehospitalisation entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	13,95	25	4,4
2018	15,98	28	4,7

Le nombre de GHT indiquant suivre d'autres indicateurs de qualité que le taux de rehospitalisation est relativement faible (31 GHT soit 25,6 % du total des réponses pour 63 GHT soit 52,1 % du total n'indiquant ne pas en suivre d'autres avec 27 non répondants soit 22,3 % du total.

Les indicateurs les plus significatifs proposés par les GHT (1/GHT) font également l'objet que de peu de réponses soit 26 réponses (21,5 % du total des réponses).

A ce titre, les GHT proposent :

- Les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) développés par l'HAS (ex GHT Artois Ternois, Alliance de Gironde, Centre Bretagne, Armor
- Les indicateurs pris en compte pour le calcul des financements attribués dans le cadre de l'incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) (ex GHT Hainaut-Cambrésis
- De suivre

⁸ Attention il n'est pas certain que les chiffres fournis par les GHT soient établies sur les mêmes bases et de toute façon ils ne sont pas établis sur les mêmes périmètres d'activités

- le nombre de réunions (dossiers ?) de Retour d'Expérience (REX) ou de de Morbidité-mortalité (RMM) (ex GHT 75 Paris Psychiatrie et Neurosciences),
- le nombre d'événements indésirables (ex GHT Evreux-Vernon, Alpes du Sud, Moselle Est),
- le nombre de procédures communes (ex GHT Douaisis),
- des indicateurs parcours patient (ex GHT Lille Métropole Flandre Intérieure, Deux Sèvres),
- le Taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) (ex GHT Alpes-de-Haute-Provence),
- le taux de satisfaction et le nombre de plaintes (ex GHT Les Collines de Normandie),
- l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS) (ex GHT Caux Maritime).

3.3 Indicateurs d'accessibilité

Encadré 1 : Evolution de la moyenne en jours du délai d'accès à l'IRM entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	34,26	120	2
2018	44,84	92	5

La tendance n'est pas favorable mais les différences ne sont pas significatives (test F de Fischer p =0,45)

Encadré 2 : Evolution de la moyenne du taux de fuite en % de façon globale entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	44,84	88	4,8
2018	45,03	92,1	4,6

La tendance est la stabilité avec des différences qui ne sont pas significatives (test F de Fischer p =0,74)

Encadré 3 : Evolution de la moyenne du taux de fuite en % en cardiologie entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	40,35	95	5,7
2018	40,07	91	5

La tendance est à la stabilité avec des différences qui ne sont pas significatives (test F de Fischer p =0,82)

Encadré 4 : Evolution de la moyenne du taux de fuite en % en oncologie entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	51,47	82	3,4
2018	50,71	80	2,9

La tendance est à la stabilité avec des différences qui ne sont pas significatives (test F de Fischer p =0,87)

Encadré 5 : Evolution de la moyenne en % du taux de fuite en obstétrique entre 2015 et 2018

année	moyenne	Valeur maximum	Valeur minimum
2015	30,29	75	2
2018	27,8	71	2

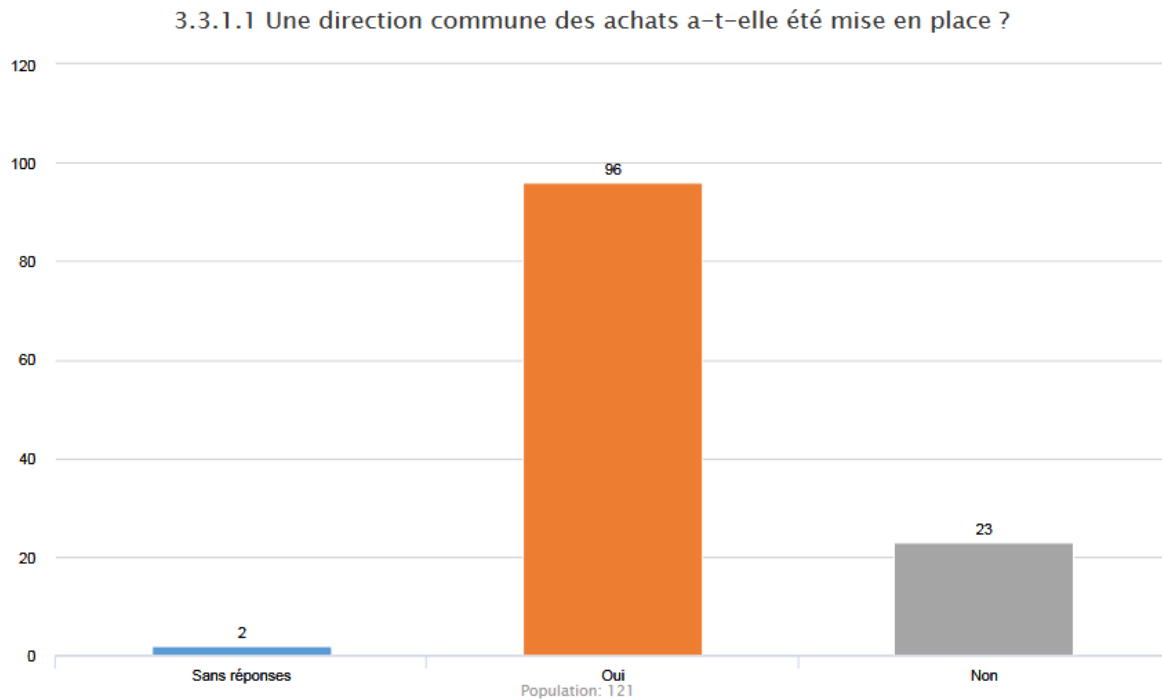
La tendance est plutôt favorable mais les différences ne sont pas significatives (test F de Fischer p =0,67)

Annexe 1C. Analyse des fonctions support

1 ACHATS

3.3.1.1 Une direction commune des achats a-t-elle été mise en place ?

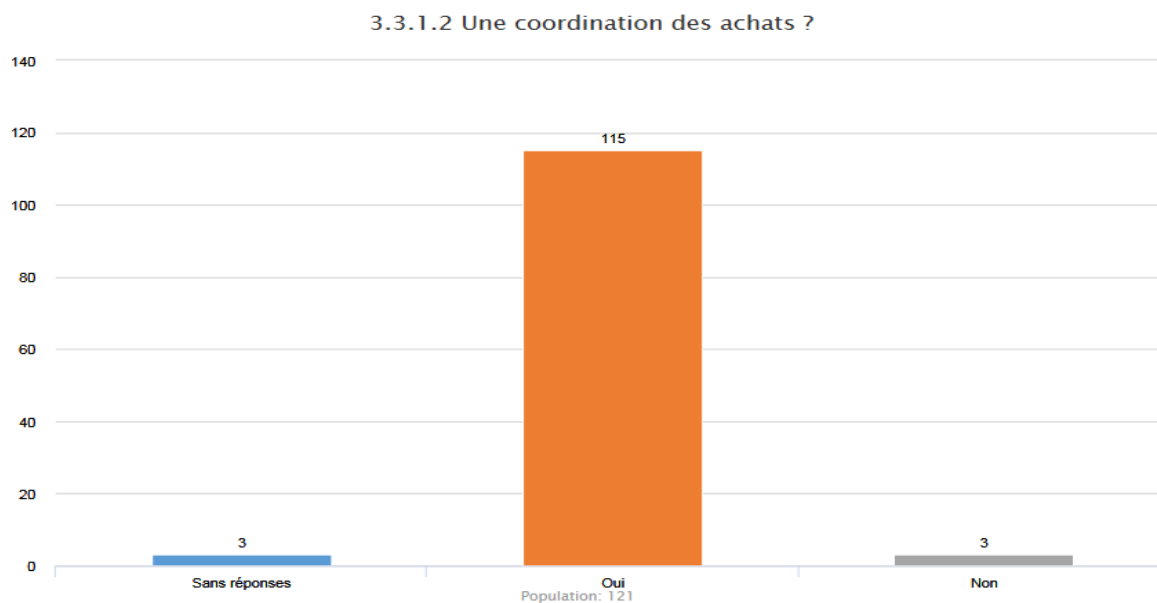
Graphique



96 GHT ont répondu positivement à la question quand 23 n'ont pas mis en place de direction commune des achats. Ainsi près de 80 % des GHT ont une direction commune des achats.

3.3.1.2 Une coordination des achats ?

Graphique

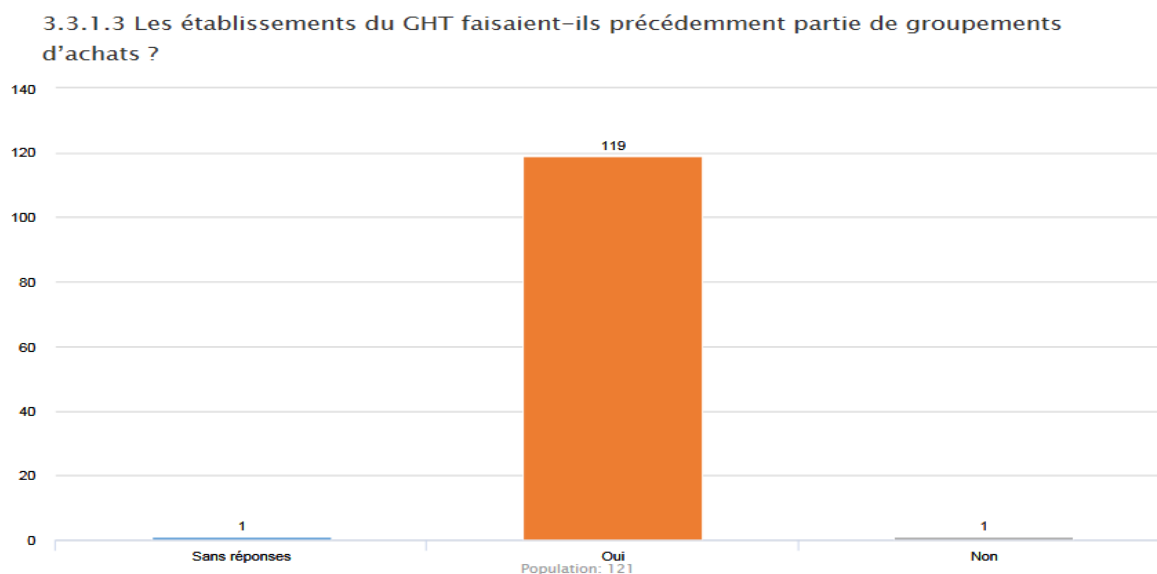


115 GHT vs 3 soit 95 % des GHT affichent une coordination des achats. 6 GHT sur 121 n'ont ni coordination ni direction commune des achats.

Ceci reflète assez bien les constats faits par la mission dans une vingtaine de GHT.

3.3.1.3 Les établissements du GHT faisaient-ils précédemment partie de groupements d'achats ?

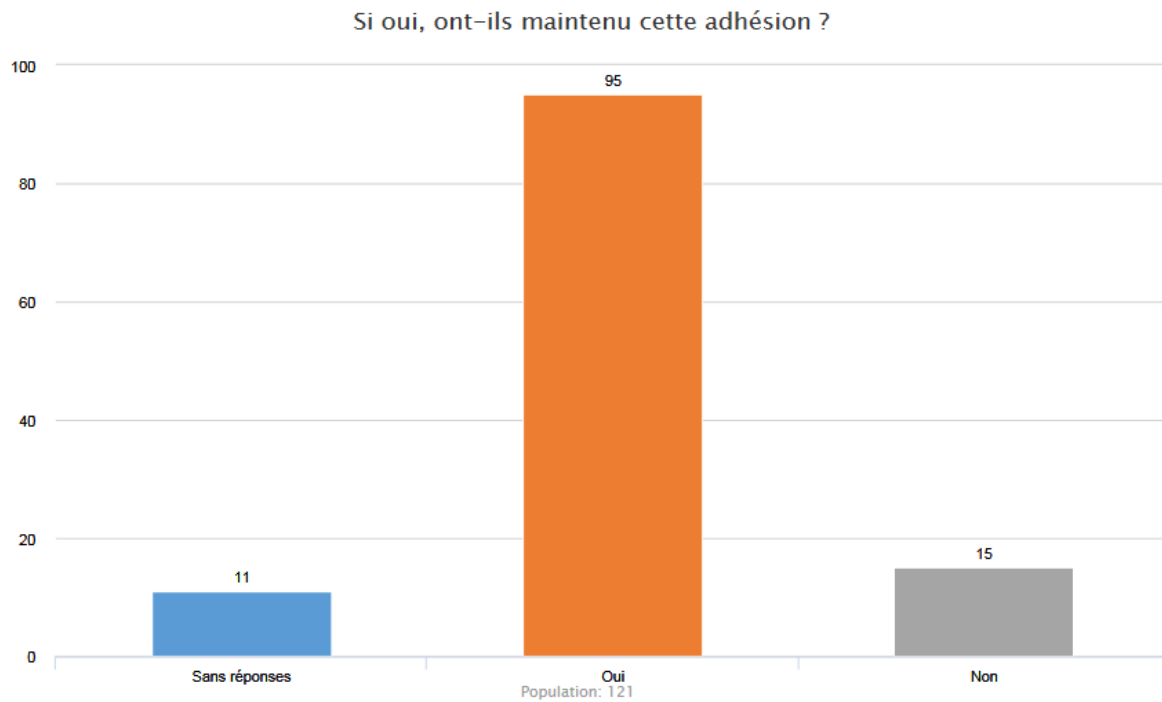
Graphique



La quasi-totalité des GHT avait une pratique des groupements des achats (119/121) soit plus de 98 %. Cette antériorité constituait sans conteste un "terreau" favorable à la mutualisation des achats.

Si oui, ont-ils maintenu cette adhésion ?

Graphique

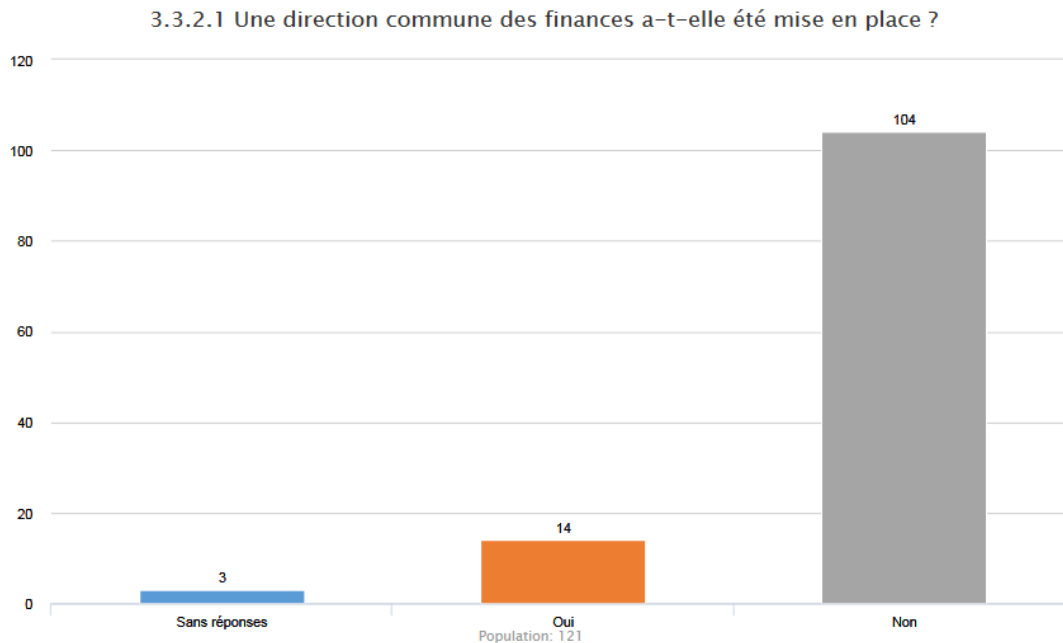


La réponse positive à 78,5 % à cette question montre que la mutualisation intégrative n'efface pas encore les groupements d'achats qui très majoritairement s'intègrent à la démarche.

2 Budget et finances

3.3.2.1 Une direction commune des finances a-t-elle été mise en place ?

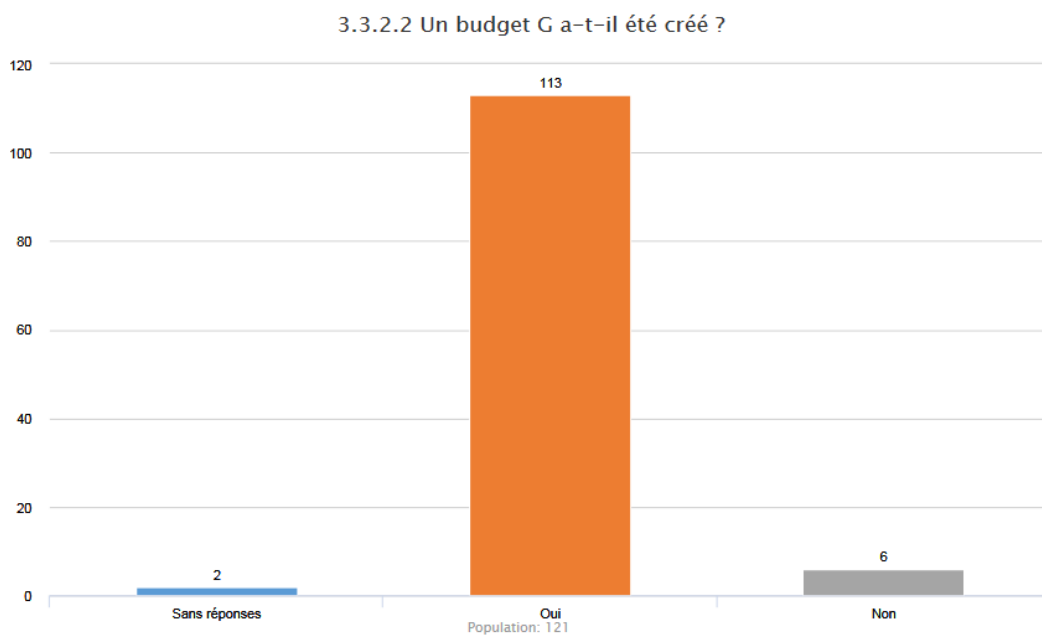
Graphique



Un mouvement à ce stade très minoritaire. Seuls 14 GHT ont répondu positivement à cette question.

3.3.2.2 Un budget G a-t-il été créé ?

Graphique



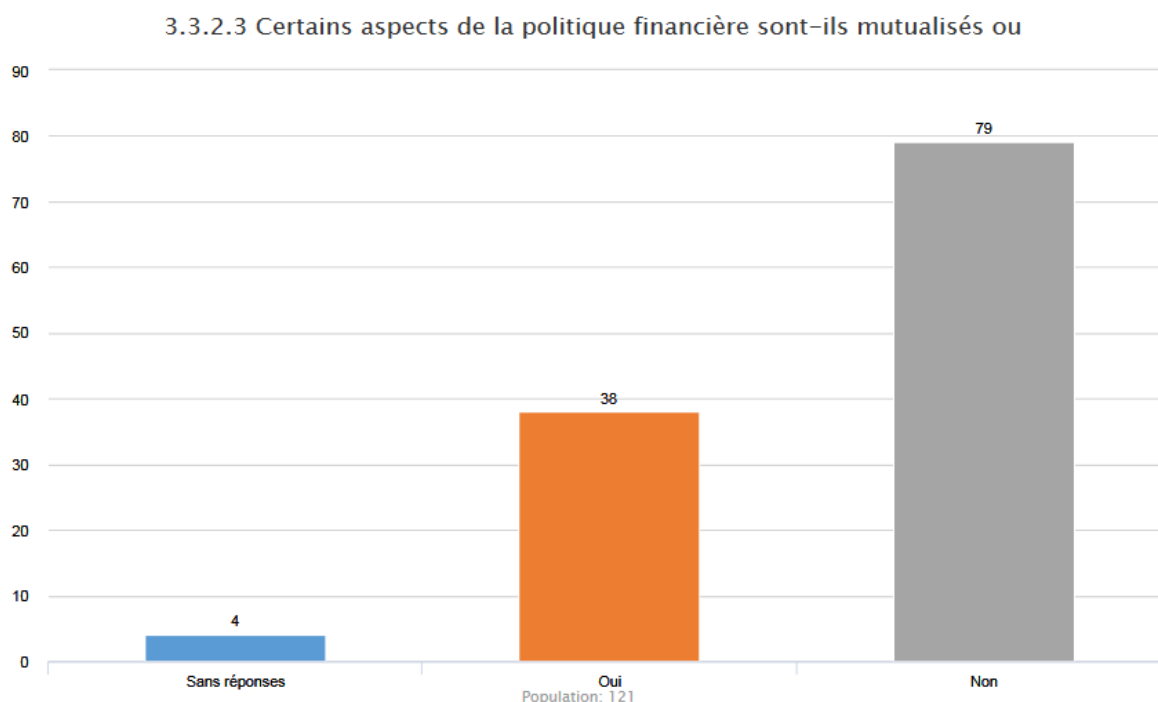
113 GHT sur 119 qui ont répondu à la question ont mis en place le budget G. Les GHT suivants ont répondu négativement : Artois Ternois (CH d'Arras), Caux Maritime (CH de Dieppe), Centre Alsace (CH de Colmar), Groupe hospitalier Sud Bretagne (CH de Lorient), Nord Franche-Comté (CH de Belfort Montbéliard), Nord Dauphiné (CH de Bourgoin-Jallieu).

Si oui, part du budget G sur l'ensemble des dépenses (%) en 2018 :

Des réponses disparates quant à la masse de référence. 6 GHT affichent un taux ≥ 1 %. Beaucoup, une forte majorité, ont des valeurs infinitésimales.

3.3.2.3 Certains aspects de la politique financière sont-ils mutualisés ou

Graphique



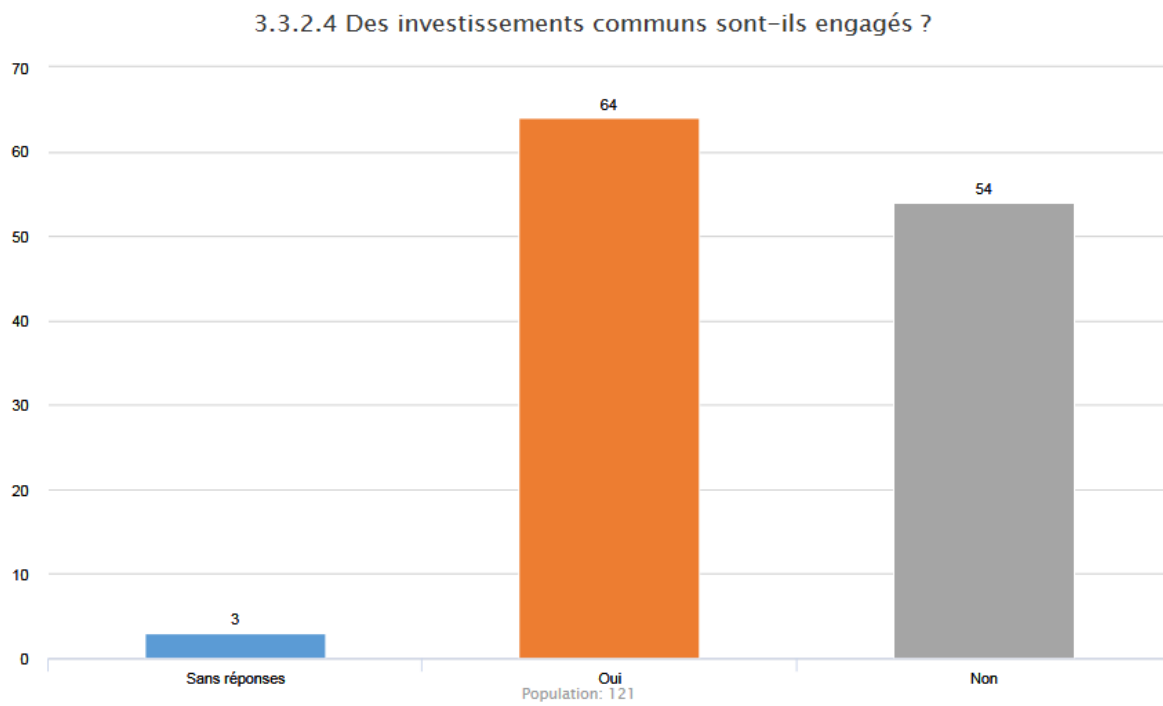
38 GHT vs 79 affirment mutualiser des aspects de la politique financière. Non obligatoire cette mutualisation a une signification intégrative.

Si oui, lesquels ?

- **6 réponses sur les 37 réponses exprimées sont insuffisamment explicitées pour être retenues. Restent 31 réponses exploitables.**
- **Dépouillement des réponses :**
 - **Mutualisations = méthodologie, échanges sur certification, sur présentation et élaboration des documents budgétaires et financiers.**
 - **Mutualisations sur les emprunts, la trésorerie.**
 - **Mutualisations sur les investissements (élaboration commune du PPI, amortissements mutualisés).**
 - **Mutualisations des moyens et des compétences = intégration des directions des finances de 4 établissements (GHT Vendée).**

3.3.2.4 Des investissements communs sont-ils engagés ?

Graphique



64 GHT répondent positivement quand 54 répondent par la négative. Total 118 réponses.

Voir l'analyse des domaines *infra*.

Si oui, dans quels domaines ?

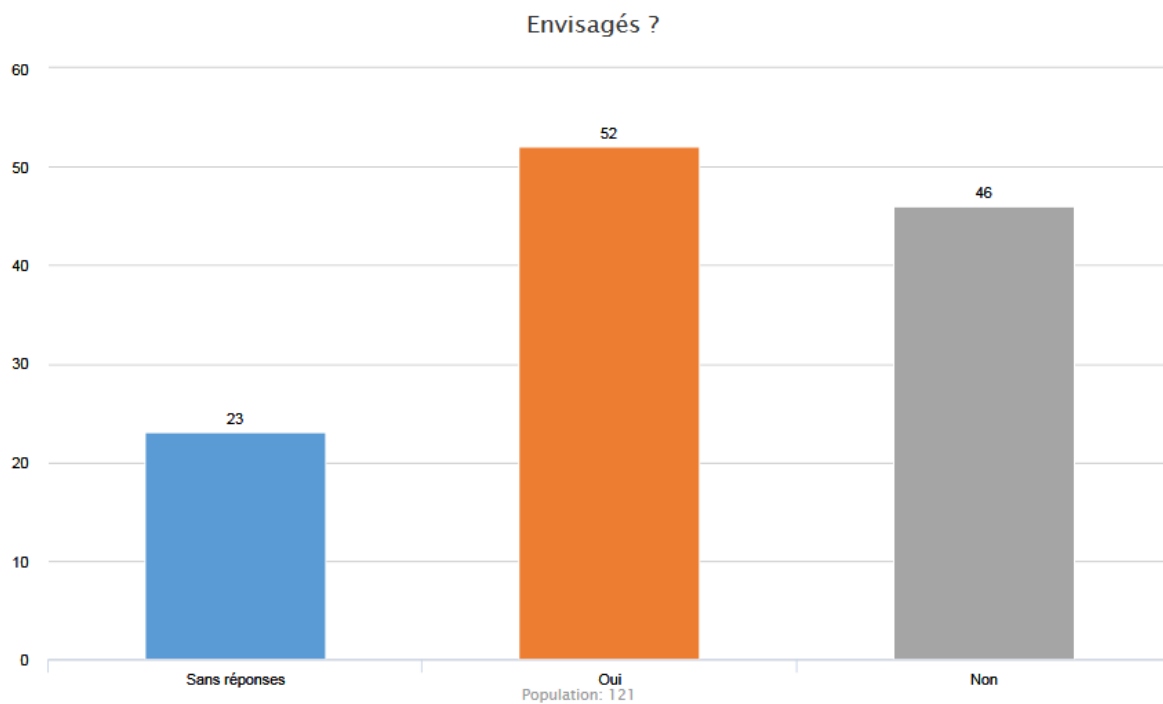
62 GHT sur les 64 documentent leur réponse. Quasiment tous citent le SI comme domaine d'investissement commun au sein du GHT.

La convergence des SI constitue le motif de la mutualisation.

Les équipements médicaux souvent en lien avec le SI sont quelquefois cités.

Envisagés ?

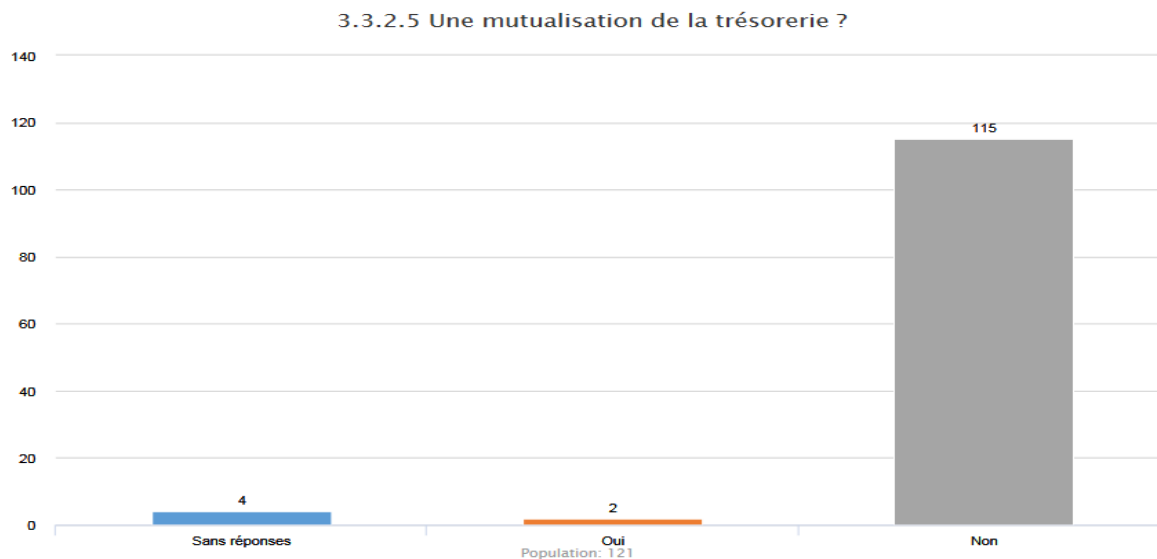
Graphique



52 réponses positives sur 98.

3.3.2.5 Une mutualisation de la trésorerie ?

Graphique

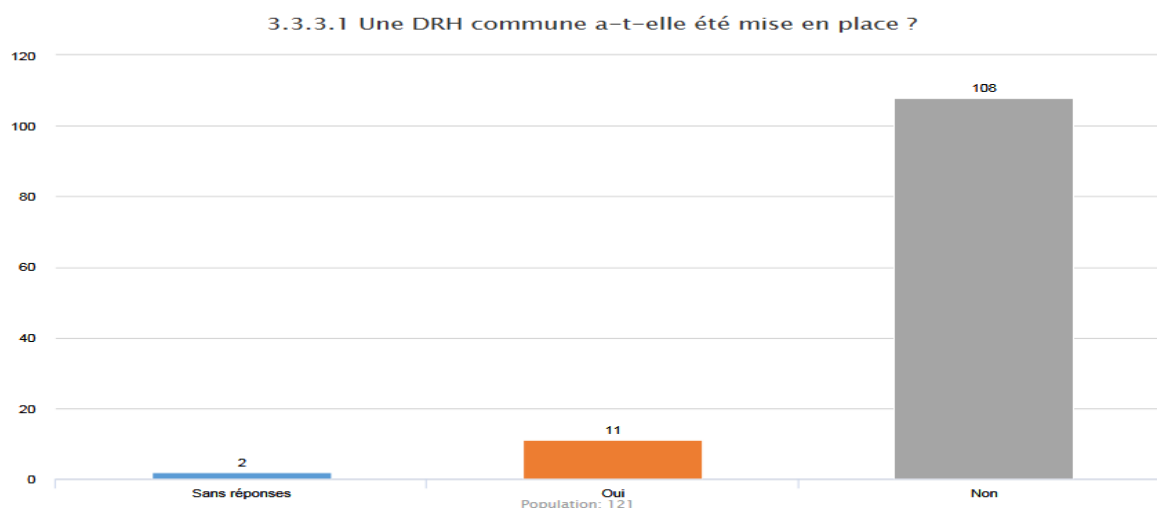


Seuls les GHT Charente et Alpes de Haute Provence répondent positivement à la question. La mutualisation de la Trésorerie reste anecdotique au sein des GHT.

3 Ressources humaines

3.3.3.1 Une DRH commune a-t-elle été mise en place ?

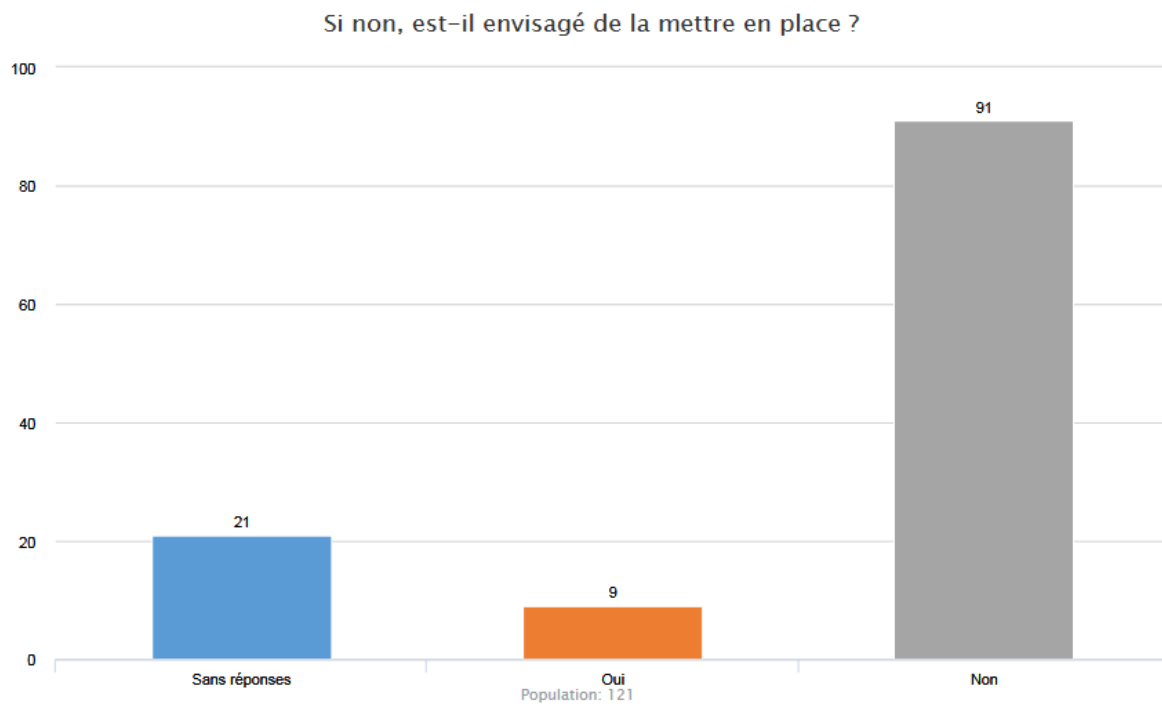
Graphique



9 GHT soit 9,1 % de l'échantillon (121 GHT) répondent positivement. Il est possible de considérer ce résultat comme significatif au stade de développement des GHT.

Si non, est-il envisagé de la mettre en place ?

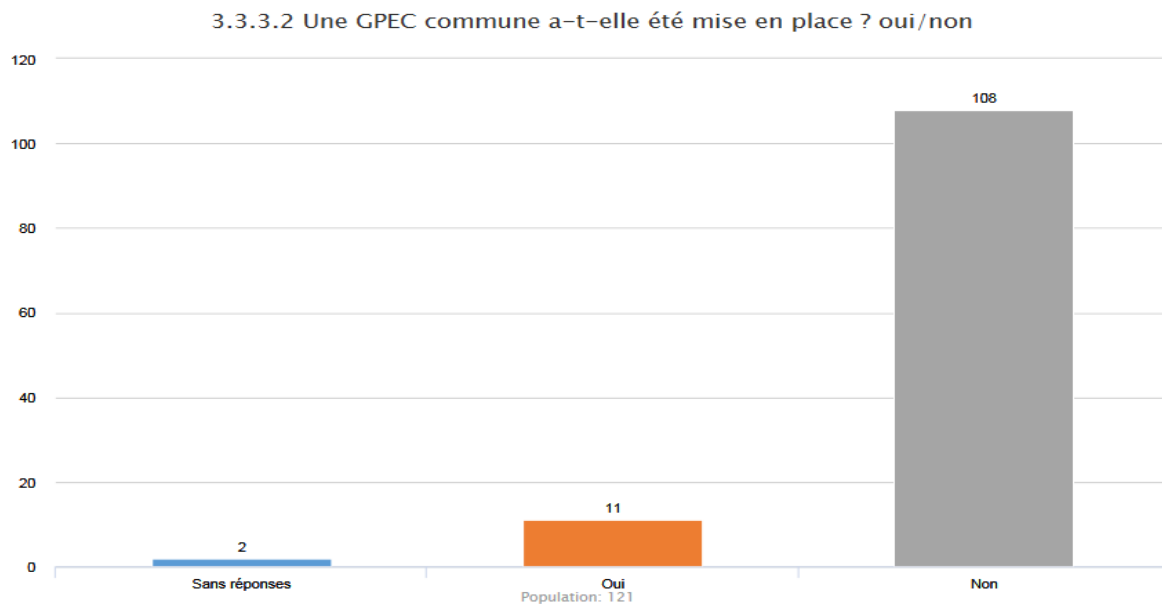
Graphique



Hormis les GHT "pionniers" il ne semble pas qu'un mouvement d'ampleur se dessine.

3.3.3.2 Une GPEC commune a-t-elle été mise en place ? oui/non

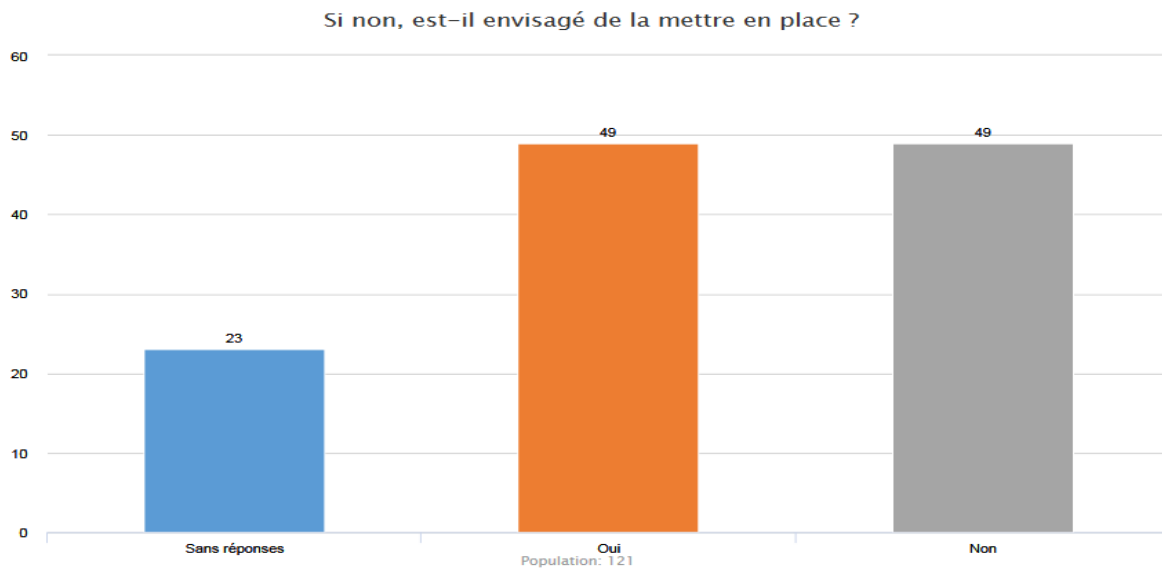
Graphique



11 GHT répondent oui. Toujours les 10 % "pionniers".

Si non, est-il envisagé de la mettre en place ?

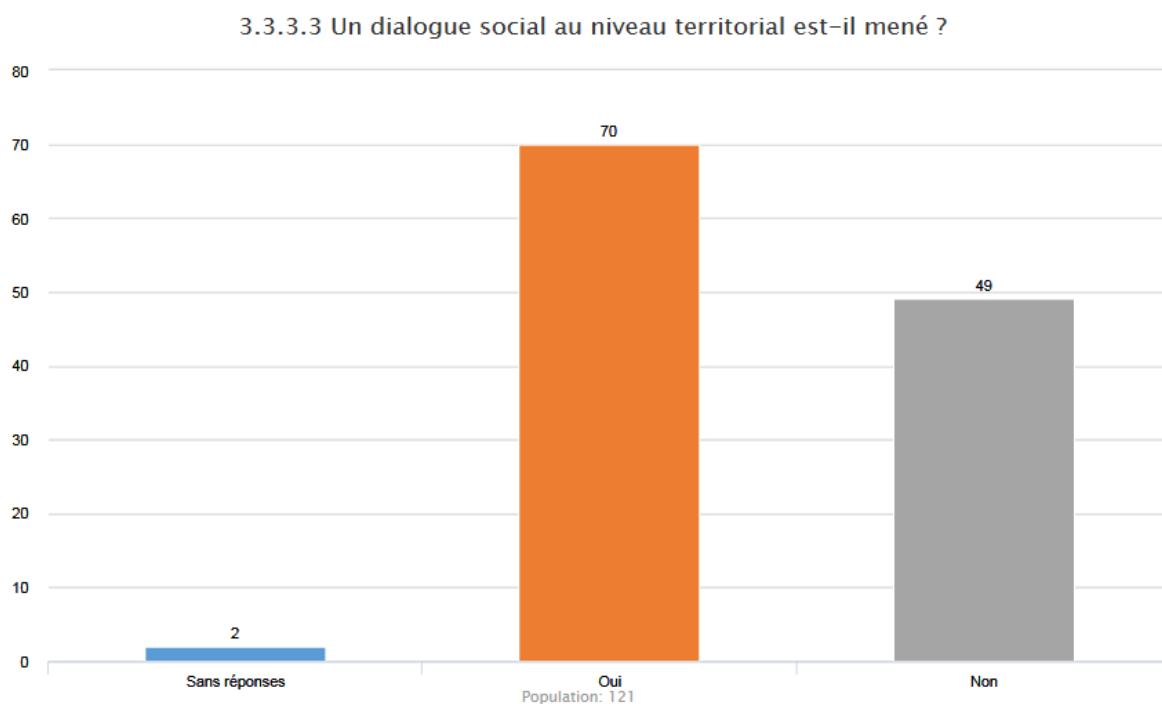
Graphique



Sur la GPEC, une volonté se dessine, \cong 40 % ; 50 GHT

3.3.3.3 Un dialogue social au niveau territorial est-il mené ?

Graphique



70 GHT répondent positivement à la question soit 58 % de l'échantillon. Réponse surprenante et divergente par rapport aux constats faits par la mission sur la vingtaine de GHT visitée.

Le fonctionnement des conférences territoriales du dialogue social semble démentir l'existence réelle d'un dialogue social. Forte défiance des organisations syndicales souvent invoquée.

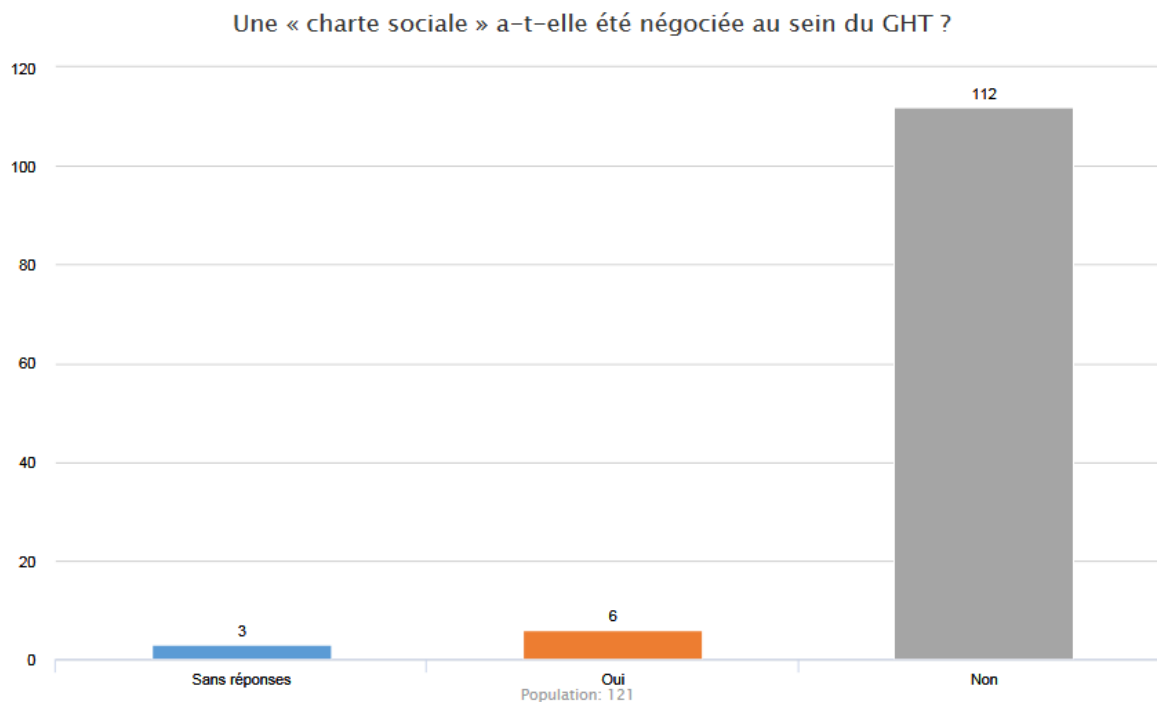
Si oui, quels thèmes principaux sont-ils traités ?

62 GHT affichent les thèmes traités :

- **Charte sociale suggérée par l'ARS (Région Bretagne).**
- **Beaucoup de fonctionnement de la conférence territoriale du dialogue social sur la base d'une information descendante.**
- **Quelques sujets traités autour de la formation ou de la gestion du temps de travail.**
- **Parfois un fonctionnement très embryonnaire (1 réunion) ou une participation faible des organisations syndicales.**

Une « charte sociale » a-t-elle été négociée au sein du GHT ?

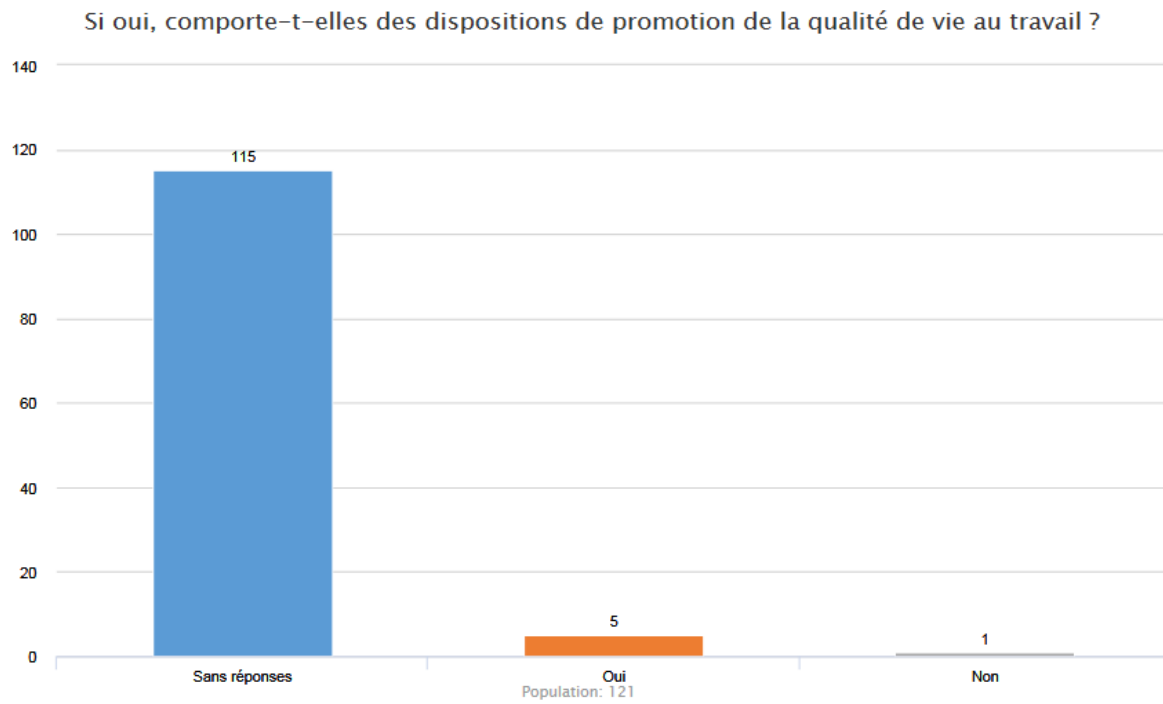
Graphique



6 GHT répondent positivement dont 5 appartiennent à la région Bretagne. L'ARS Bretagne a promu la charte sociale à la création des GHT.

Si oui, comporte-t-elles des dispositions de promotion de la qualité de vie au travail ?

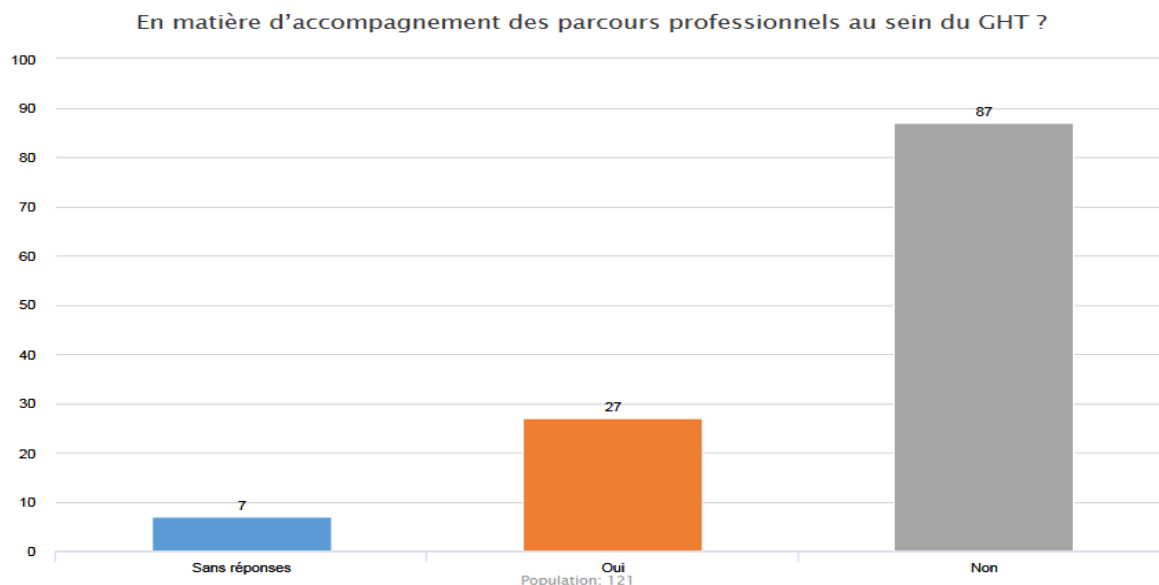
Graphique



5 GHT sur les 6 confirment l'existence de dispositions de promotion de la qualité de vie au travail.

En matière d'accompagnement des parcours professionnels au sein du GHT ?

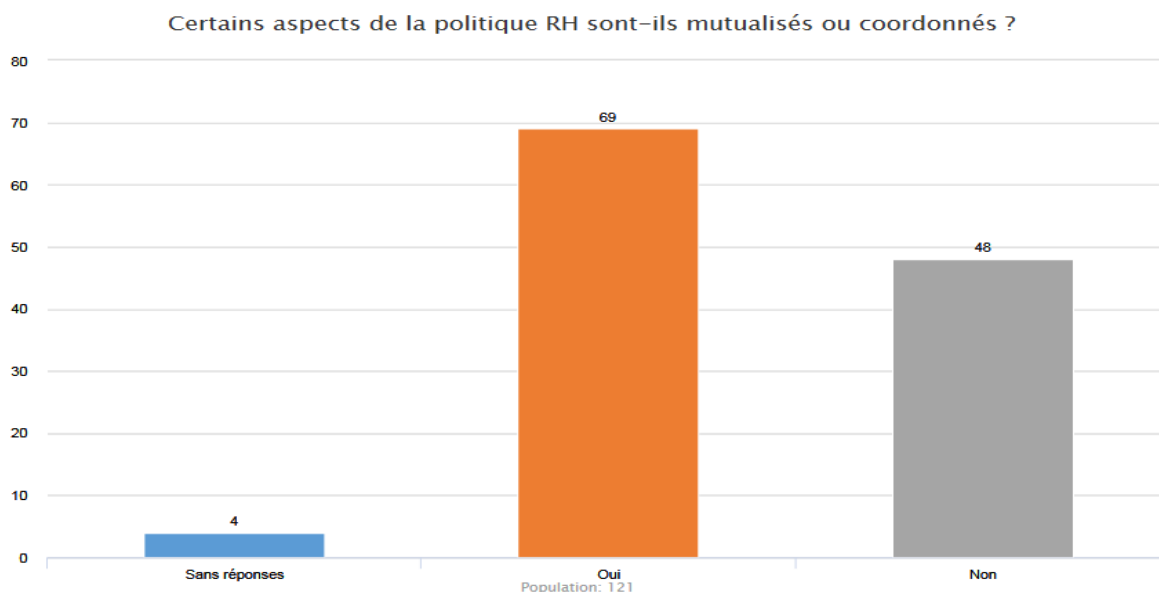
Graphique



Moins d'un quart des GHT (27) soit 22,3 % de l'échantillon confirme l'évocation de la notion d'accompagnement des parcours professionnels au sein du GHT.
Commentaire : un résultat faible pour un sujet très pertinent et pouvant être opérationnel dans le développement du GHT.

Certains aspects de la politique RH sont-ils mutualisés ou coordonnés ?

Graphique



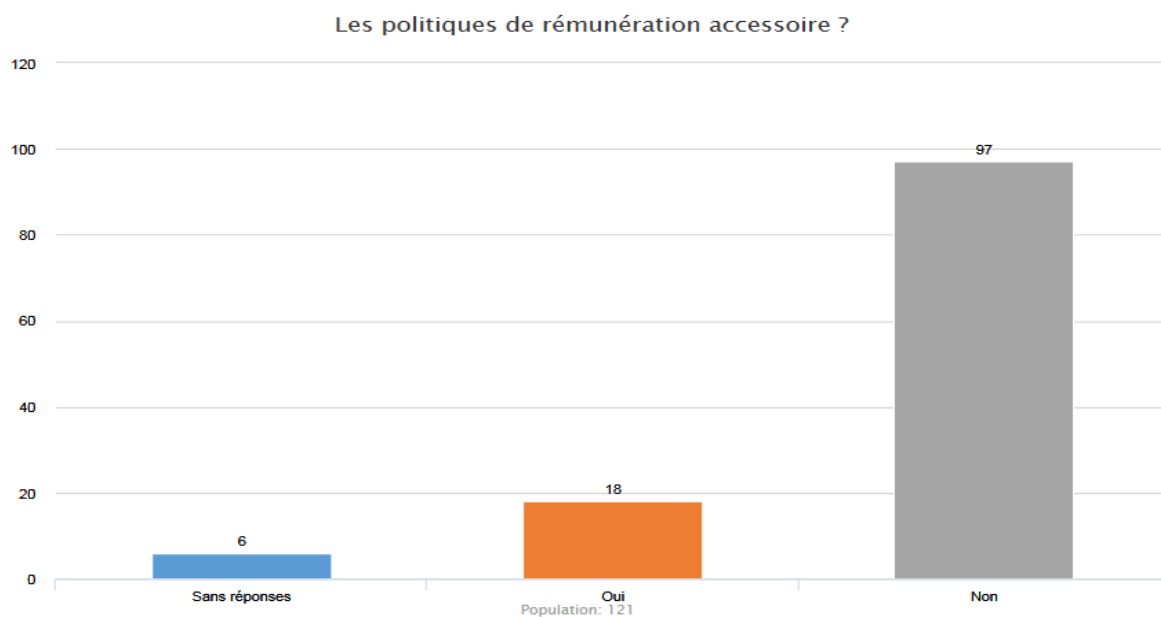
Pour le PM : 69 GHT vs 48 affirment que la politique RH comporte des aspects soit mutualisés soit coordonnés. Majoritairement la politique RH est entrée dans le périmètre des GHT.

Si oui lesquels ?

- **Grande diversité des aspects, foisonnement des problématiques évoquées.**
- **Les réponses marquent, s'il en était besoin, à la fois la diversité des sujets et la nécessité de mutualiser et/ou coordonner les politiques et les actions dans le domaine RH médicales.**
- **La perspective annoncée d'une fonction RH mutualisée a peut-être stimulé une dynamique qui tend à se généraliser.**

Les politiques de rémunération accessoire ?

Graphique



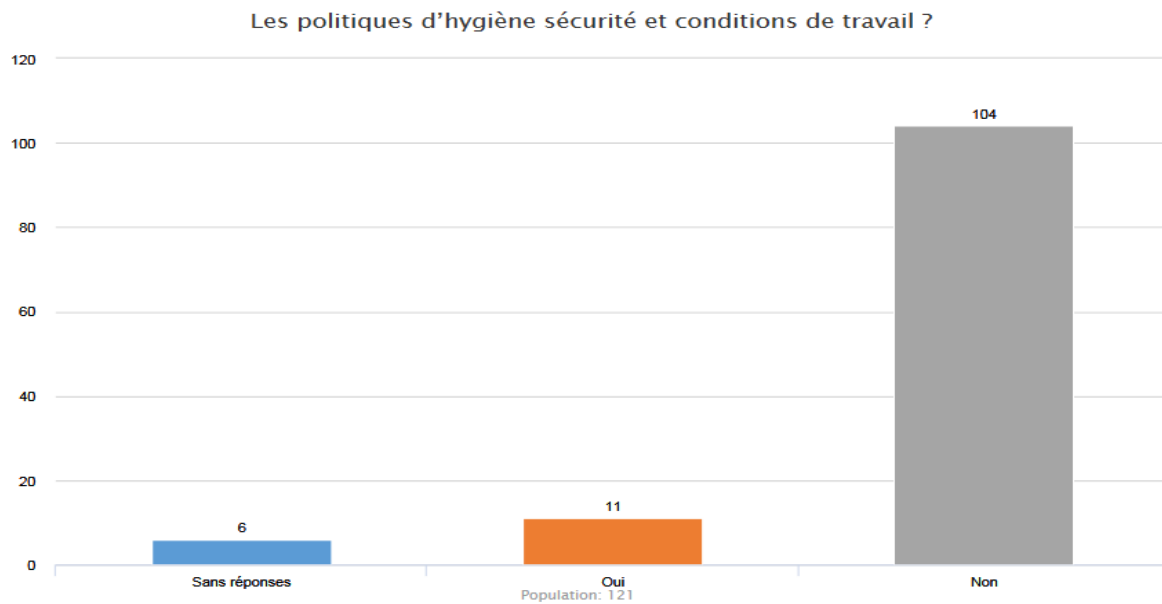
Après le plan de formation c'est le sujet émergent.

15 % des GHT ont avancé en mutualisant ou coordonnant les politiques de rémunérations accessoires.

La mission a recueilli des témoignages qui corroborent le résultat.

Les politiques d'hygiène sécurité et conditions de travail ?

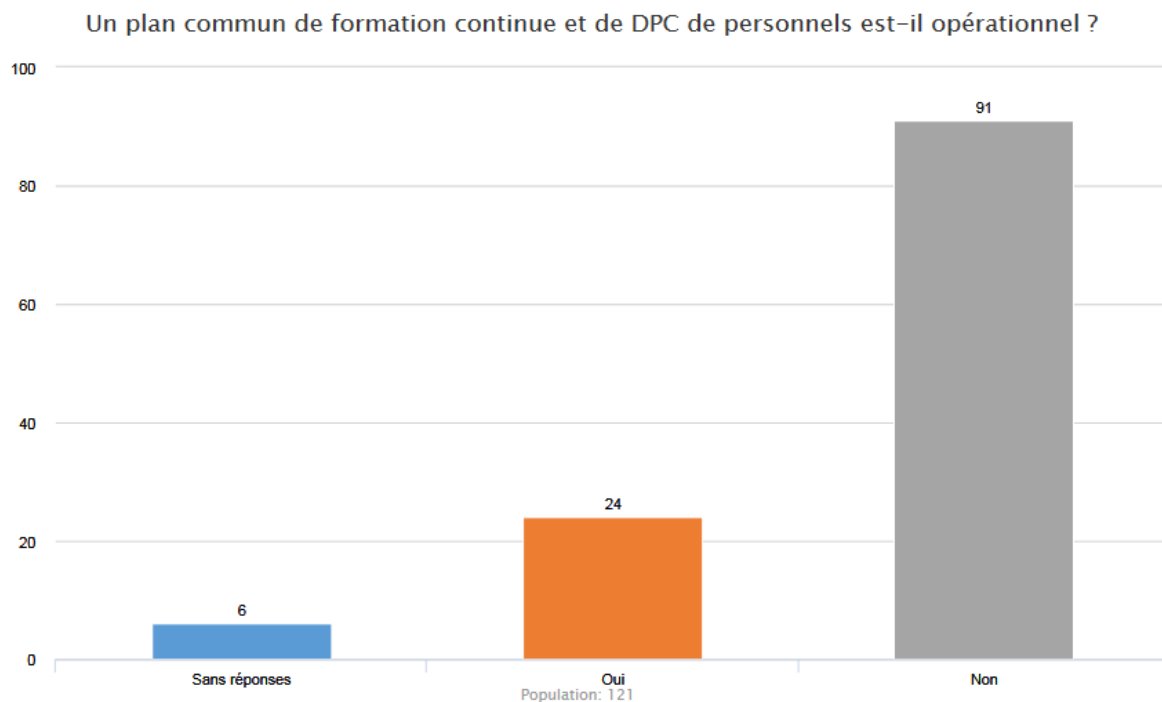
Graphique



HSCT paraît moins en pointe dans les préoccupations partagées au sein des GHT. Seuls 11 GHT sur l'échantillon citent cet item.

Un plan commun de formation continue et de DPC de personnels est-il opérationnel ?

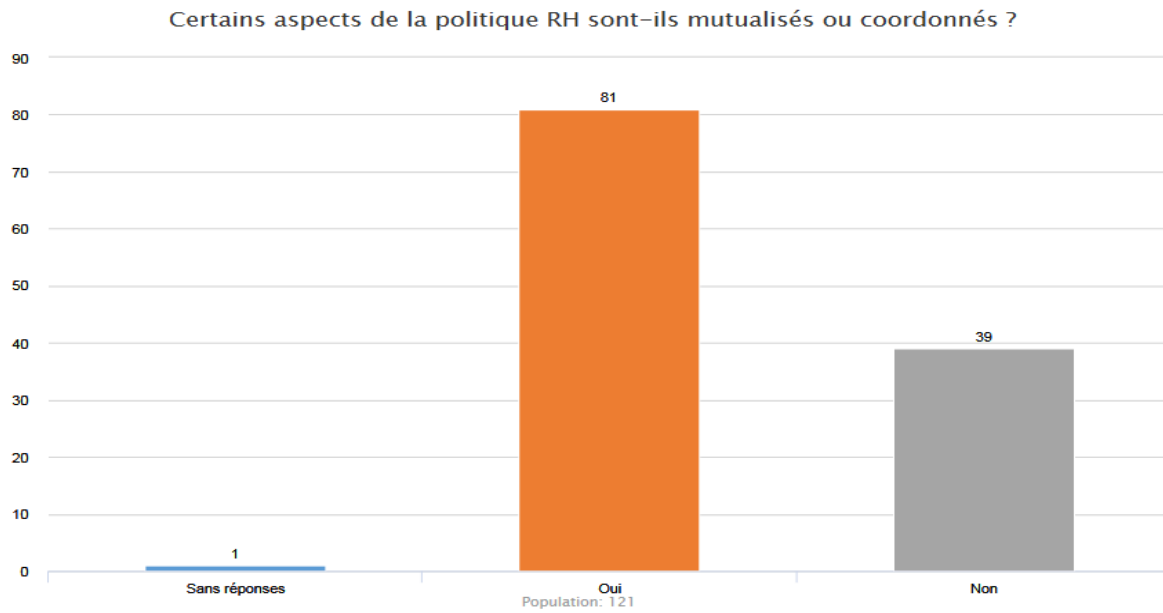
Graphique



Formation continue et DPC s'inscrivent dans le périmètre GHT pour 20 % d'entre eux soit 24.

Certains aspects de la politique RH sont-ils mutualisés ou coordonnés ?

Graphique



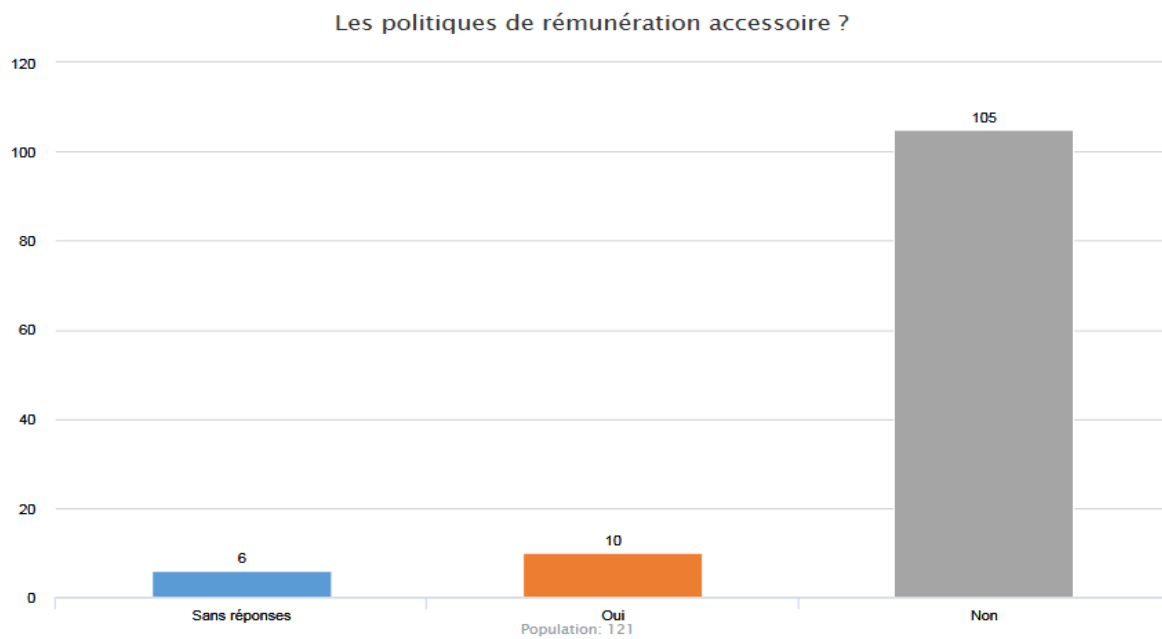
Le score est plus fort pour le PNM que pour le PM (81/66,9 % vs 69/57 %)

Si oui lesquels ?

La formation est le thème omniprésent et le plus cité.

Les politiques de rémunération accessoire ?

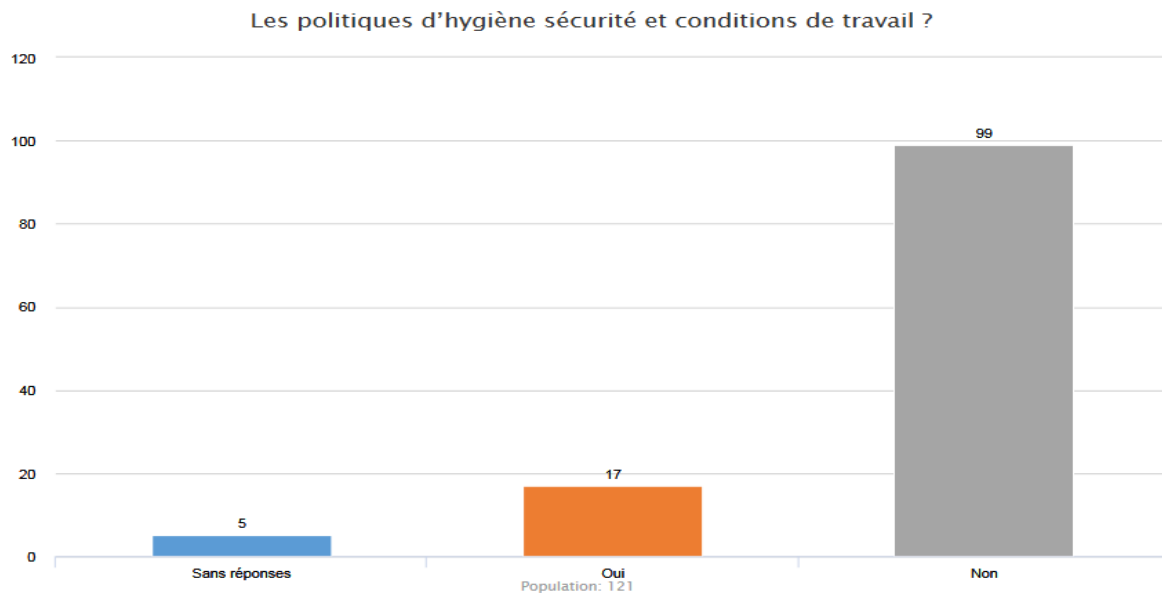
Graphique



Sujet très minoritaire pour le PNM (<10 %)

Les politiques d'hygiène sécurité et conditions de travail ?

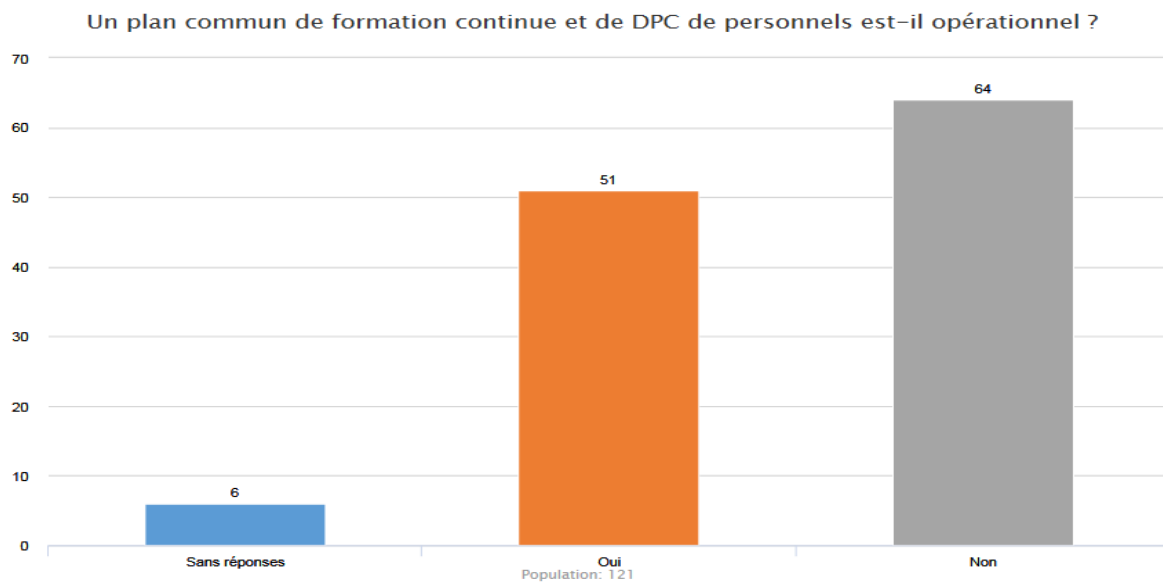
Graphique



Ce thème est plus représenté que pour le PM (17/14 % vs 11/9,1 %)

Un plan commun de formation continue et de DPC de personnels est-il opérationnel ?

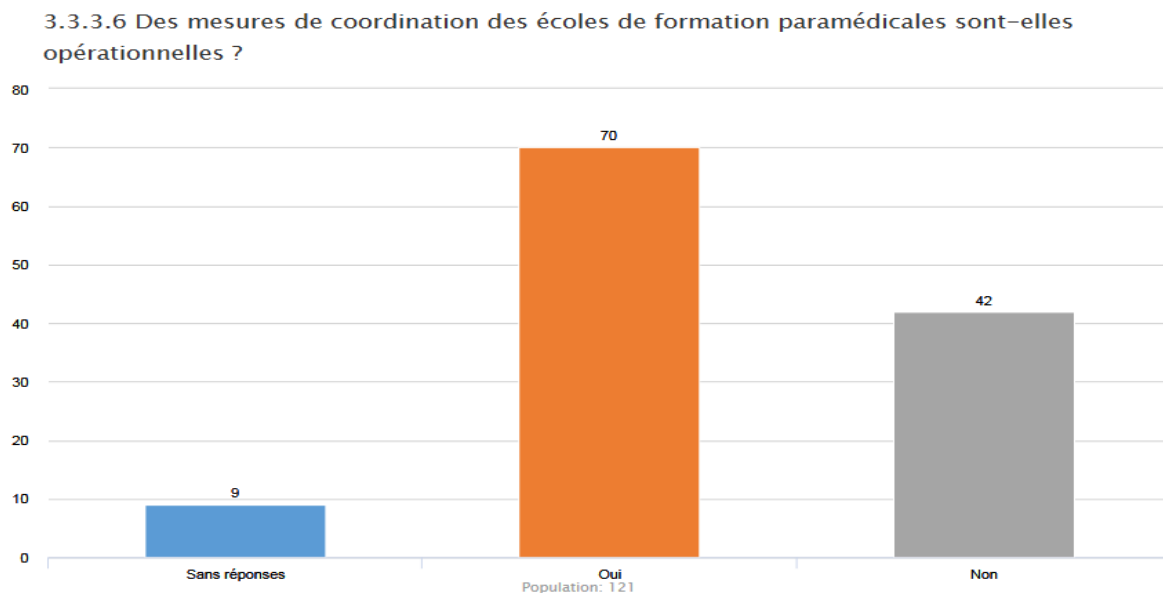
Graphique



51 GHT sur 121 soit 42 % déclarent opérationnel un plan de formation continue et de DPC de personnels. Ce score important est enregistré sur une réalité et non sur une intention.

3.3.3.6 Des mesures de coordination des écoles de formation paramédicales sont-elles opérationnelles ?

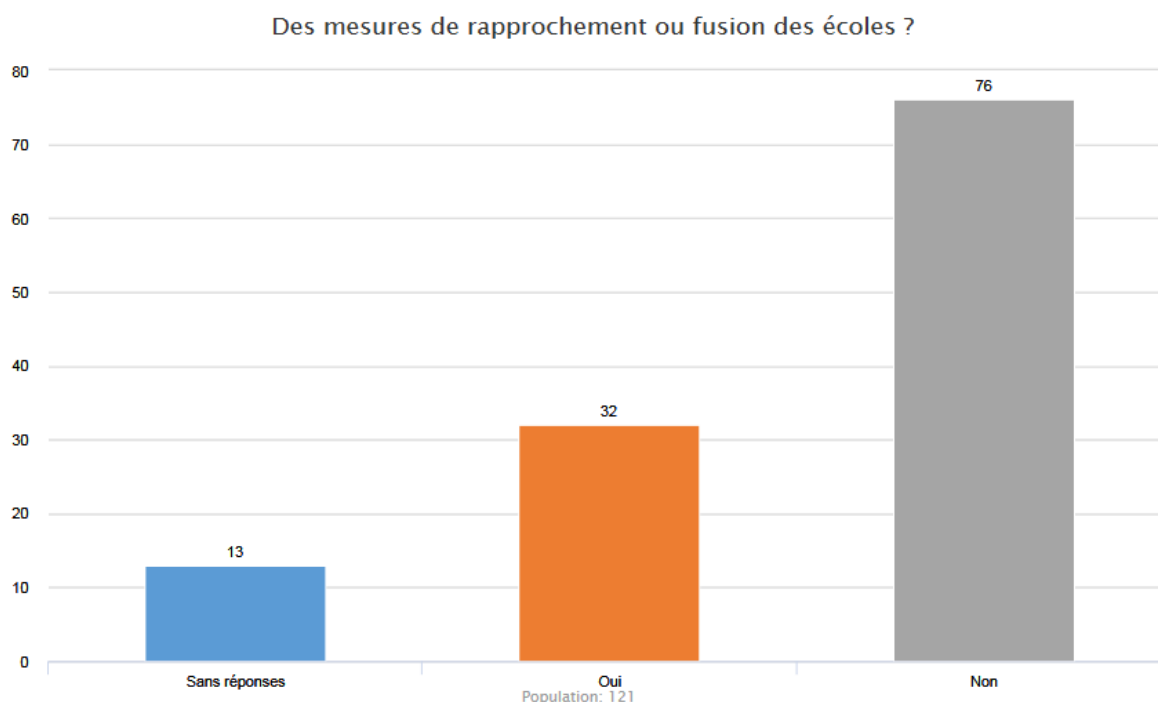
Graphique



Il s'agit d'une "figure imposée" par la réforme de 2016. Pourtant le score s'avère faible (70/57,9 %)

Des mesures de rapprochement ou fusion des écoles ?

Graphique



Les mesures de rapprochement ou de fusion d'écoles paraissent encore minoritaires (1/4 de l'échantillon).

4 Systèmes d'informations

Les GHT ne disposent quasiment jamais d'un SI patient commun ; dans 83 % des GHT, on recense de 2 à 5 SI patient différents et même 6 ou plus dans 17 % des GHT. Moins de 38 % utilisent actuellement des outils d'interopérabilité.

Les établissements du GHT ont-ils le même SI patient ?

94 % des GHT répondants ne disposent pas d'un SI patient commun à leurs établissements. Moins de 6 % disposent donc d'un SI patient commun ; encore leur situation doit-elle être précisée, ces GHT ne comptant le plus souvent qu'un seul MCO, ou des établissements en direction commune, ou uniquement des établissements psychiatriques.

Si non, combien de SI patients coexistent-ils au sein du GHT ?

On note que 16 GHT sur 96 utilisent au moins 6 SI patients. (17 %)

80 en utilisent entre 2 et 5 (83 %).

Si non, des outils d'interopérabilité sont-ils utilisés ?

Moins de 38 % utilisent actuellement des outils d'interopérabilité.

A septembre 2019, 91 % des GHT avaient adopté leur SDSI.

Les échéances de convergence peuvent être tardives (25 % à 2023 ou au-delà).

Les coûts prévisionnels hors aide s'élèvent à plus de 5 M€ pour 36 % des GHT.

Un schéma directeur de convergence SI est-il arrêté ?

A septembre 2019, 91 % des GHT avaient adopté leur SDSI.

Plusieurs GHT n'en étaient pas encore dotés.

Avec quelle échéance de convergence ?

26/106 : 2023 et au-delà (25 %)

79/106 : au plus tard en 2022 (75 %)

Avec quels coûts prévisionnels hors aide ? (en euros)

33/92 : coût supérieur à 5M (36 %)

Dont 19/92 : coût supérieur à 10 M (21 %)

Les GHT ne disposent quasiment jamais d'un dossier patient commun, mais le projet de sa mise en place est formé dans 82 % des GHT

Un dossier patient commun est-il utilisé au sein du GHT ?

92 % non ; 8 % oui

Si non, le DPI unique fait-il partie du schéma de convergence ?

82 % oui, 18 % non

Un entrepôt de données est-il constitué au sein du GHT ?

91 % non, 9 % oui

Si non, ce projet fait-il partie du schéma de convergence ?

Oui 75 %, 25 % non

Des outils communs de gestion administrative sont-ils utilisés ?

23 % oui, 77 % non

5 Direction de l'information médicale

Le DIMIT n'est opérationnel que dans $\frac{3}{4}$ des GHT et il ne met en œuvre ses compétences effectives que dans un peu moins de 40 % des GHT

Le DIM commun au GHT est-il opérationnel ?

76,5 % oui

Le DIM commun au GHT a-t-il présenté devant le comité stratégique un plan d'action afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises ?

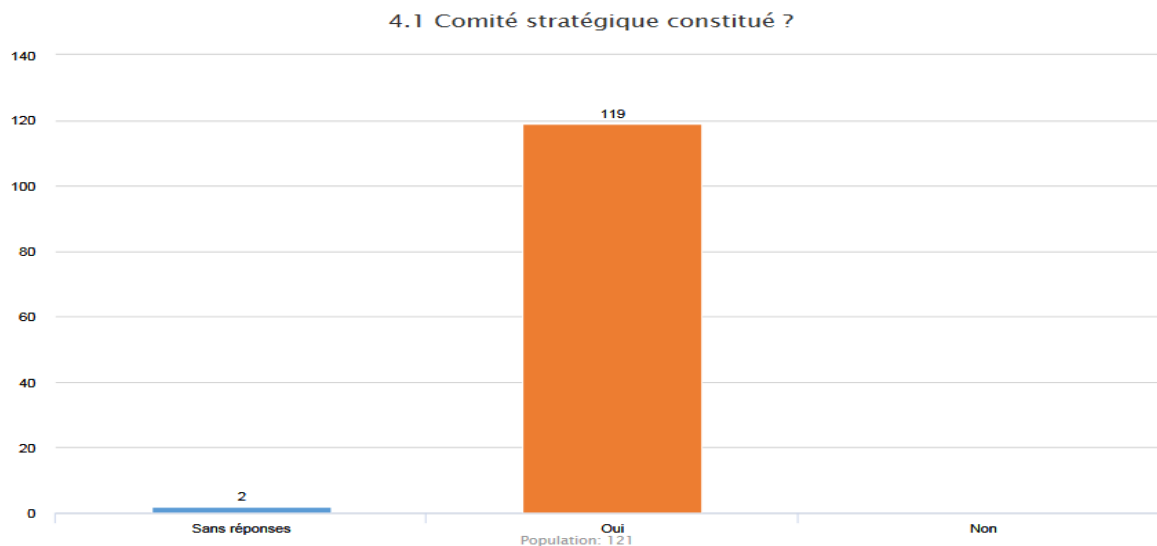
61,5 % non

Pilote-t-il l'analyse médico-économique des données de tous les établissements du GHT ?

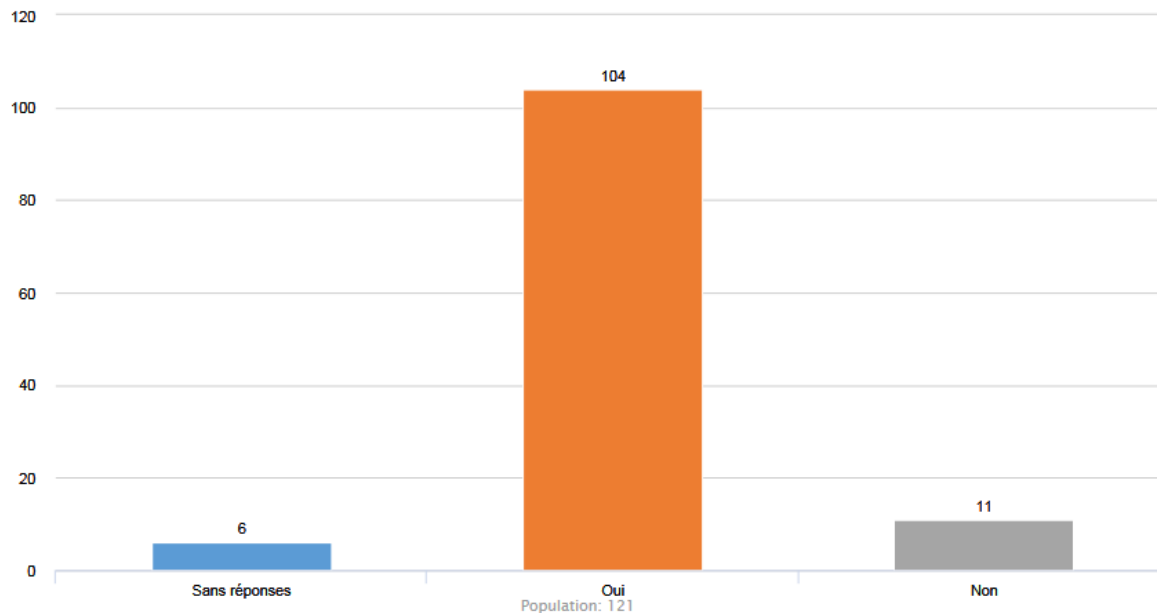
63 % non

Annexe 1D. Fonctionnement des instances de GHT

Le Comité stratégique



Les réunions de l'instance en 2019 vous paraissent-elle traduire une dynamique positive de consolidation du GHT ?



Le comité stratégique est constitué dans tous les GHT.

Dans 36 % des cas, il s'est réuni 5 fois ou plus en 2018 et dans 4 % des cas, il ne s'est réuni que 1 fois (dans 60 % des cas, entre 2 et 4 réunions), témoignant globalement d'une forte mobilisation des cocontrats.

De même, dans 80 % des cas, la participation (ratio présents/participants théoriques) est supérieure ou égale à 60 % ; elle n'est inférieure à 40 % que dans 4 % des cas.

Les ordres du jour des deux dernières réunions montrent que l'ensemble des compétences de l'instance sont abordées :

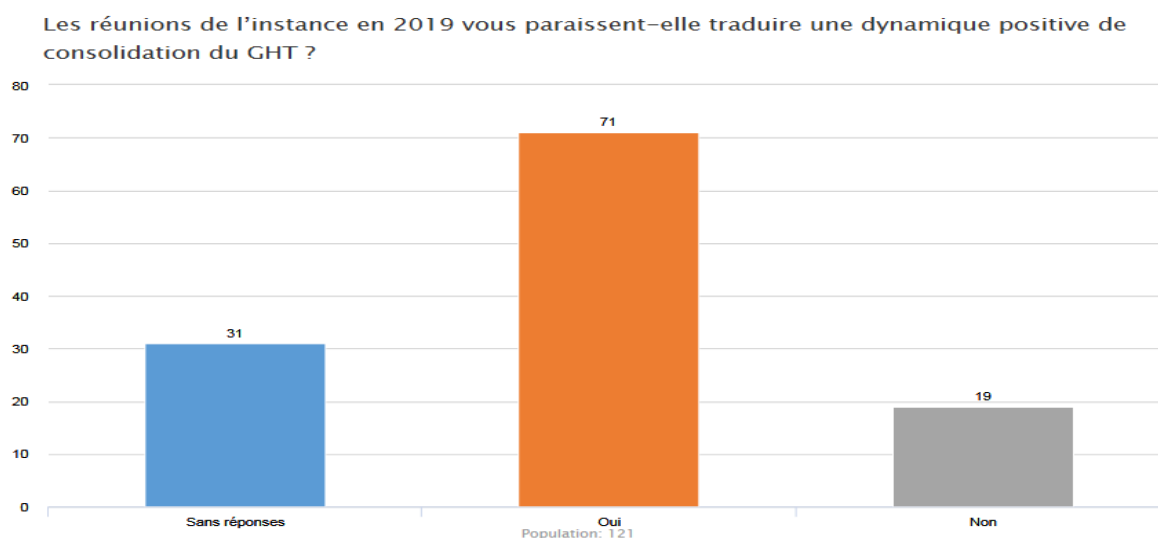
Pour 86 % des GHT, le contrat est porteur d'une dynamique institutionnelle positive ; la dynamique de consolidation du GHT n'est pas à l'œuvre au sein du contrat pour seulement 9 % des répondants.

Les collèges médicaux et CMG

Constitution de l'instance médicale de GHT

20 % des GHT disposent d'une commission médicale de groupement et 79 % d'un collège médical. Un GHT répondant ne paraît disposer d'aucune instance médicale constituée.

Fonctionnement du collège médical



Dans 20 % des GHT, l'instance ne s'est réunie qu'une fois au cours de l'année 2018, voire pas du tout (8 % des cas). Dans 22 % des GHT, elle s'est au contraire réunie cinq fois ou plus (dans 50 % des cas, de 2 à 4 réunions).

Le ratio présents/participants théorique au cours de la dernière réunion (à juillet 2019) était supérieur à 60 % dans près de la moitié des GHT concernés, mais inférieur à 40 % dans 17 % des GHT.

Malgré tout, selon 59 % des GHT, les réunions de l'instance en 2019 paraissent traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.

Les thèmes abordés dans les ordres du jour témoignent d'une activité conforme aux compétences attribuées à l'instance.

Fonctionnement de la commission médicale de groupement

Dans 18 % des cas, la CMG ne s'est réunie qu'une fois en 2018, mais dans 9 % des situations, 5 fois ou plus (dans 73 % des cas de 2 à 4 fois).

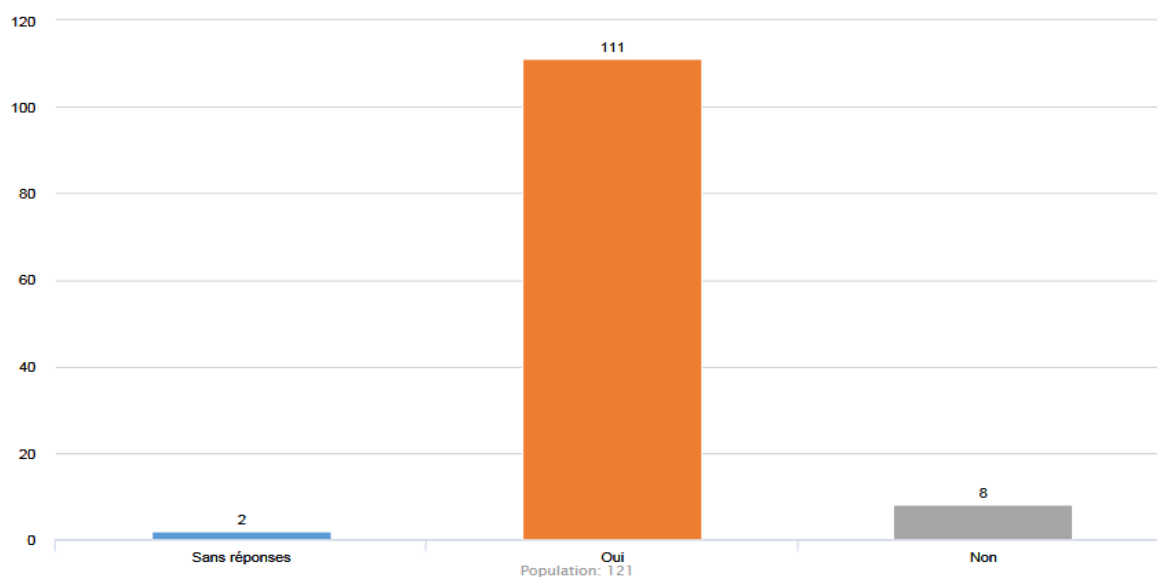
Dans la moitié des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 20 % des cas, en deçà de 40 %.

Les thématiques abordées sont sensiblement les mêmes qu'au sein des collèges médicaux.

Pour 82 % des GHT répondant, la CMG paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT, résultat nettement supérieur à celui obtenu pour les collèges médicaux.

Le comité des usagers

4.4 Comité des usagers ou commission des usagers constituée ?



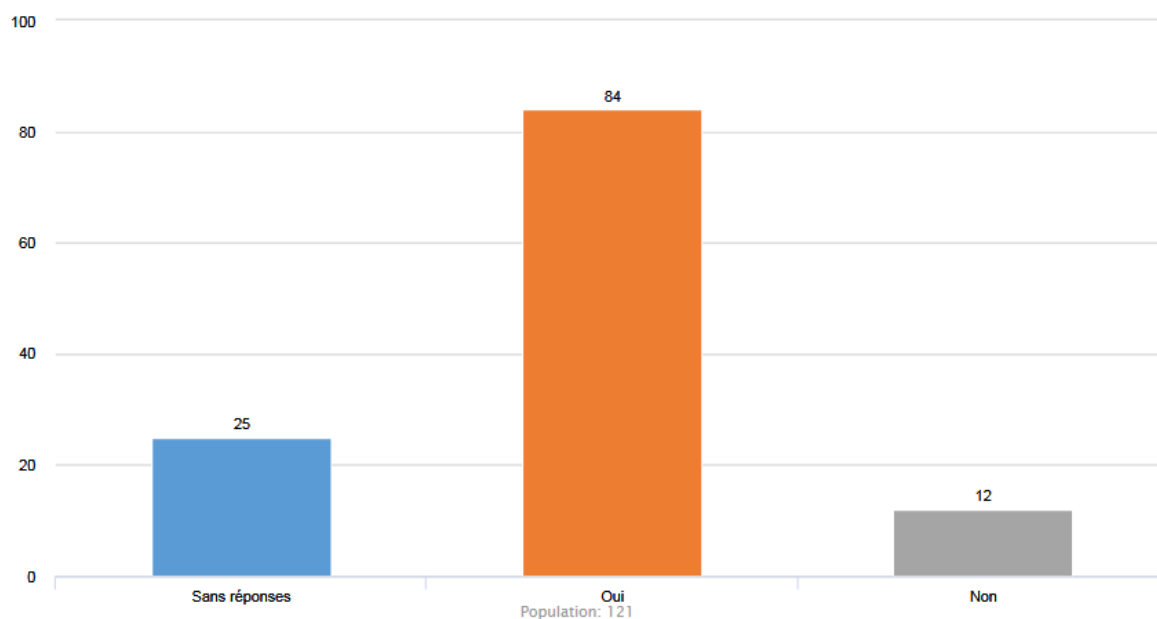
Le CDU est constitué dans 93 % des GHT répondant.

Dans 28 % des cas, le CDU ne s'est réunie qu'une fois en 2018, et dans 13 % des cas il n'y a pas eu de réunions. Dans 59 % des GHT répondant, le CDU s'est réunie de 2 à 4 fois.

Dans 45 % des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 14 % des cas, en deçà de 40 %.

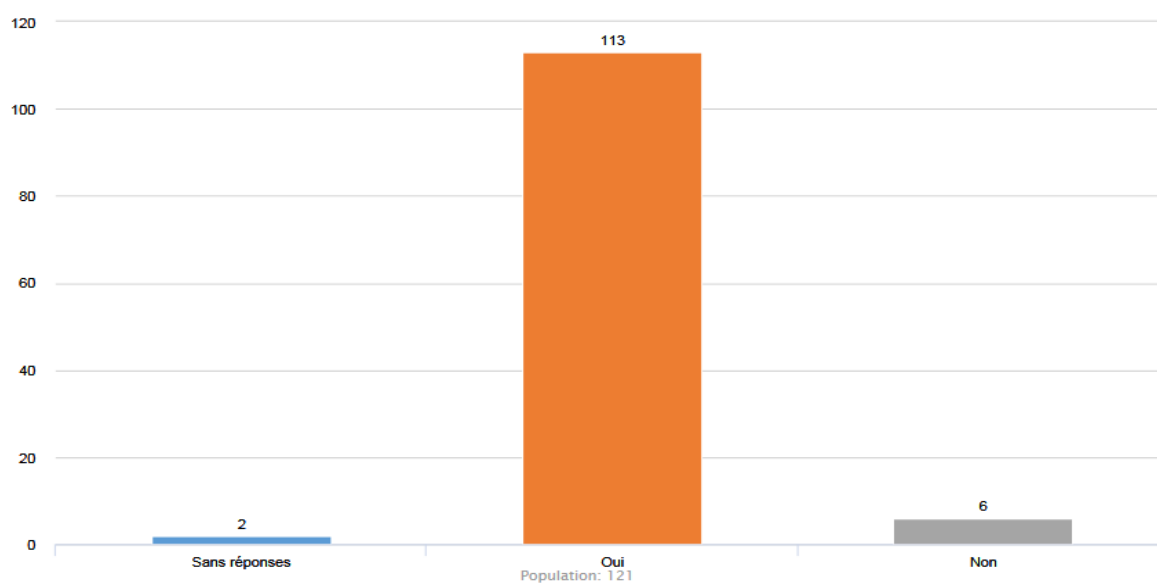
Pour 69 % des GHT répondant, le CDU paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.

Les réunions de l'instance en 2019 vous paraissent-elle traduire une dynamique positive de consolidation du GHT ?



La conférence territoriale de dialogue social

4.5 Conférence territoriale de dialogue social constituée ?



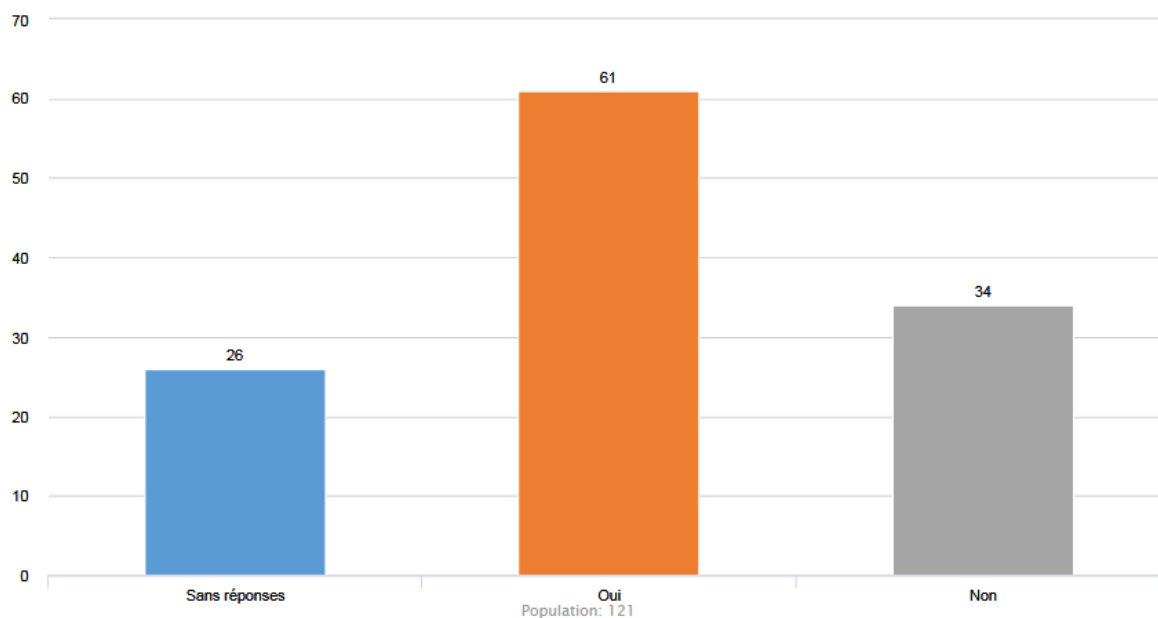
La CTDS est constituée dans 95 % des GHT répondant.

Dans 39 % des cas, la CTDS ne s'est réunie qu'une fois en 2018, et dans 16 % des cas il n'y a pas eu de réunions. Dans 45 % des GHT répondant, la CDU s'est réunie de 2 à 4 fois.

Dans 48 % des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 27 % des cas, en deçà de 40 %.

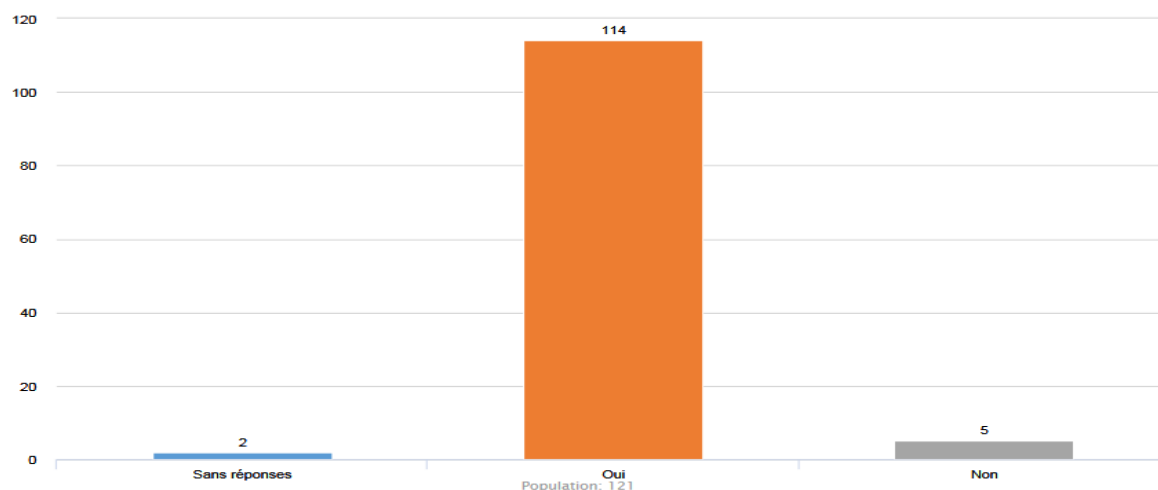
Pour 51 % des GHT répondant, la CTDS paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.

Les réunions de l'instance en 2019 vous paraissent-elle traduire une dynamique positive de consolidation du GHT ?



Le comité territorial des élus locaux

4.6 Comité territorial des élus locaux constitué ?



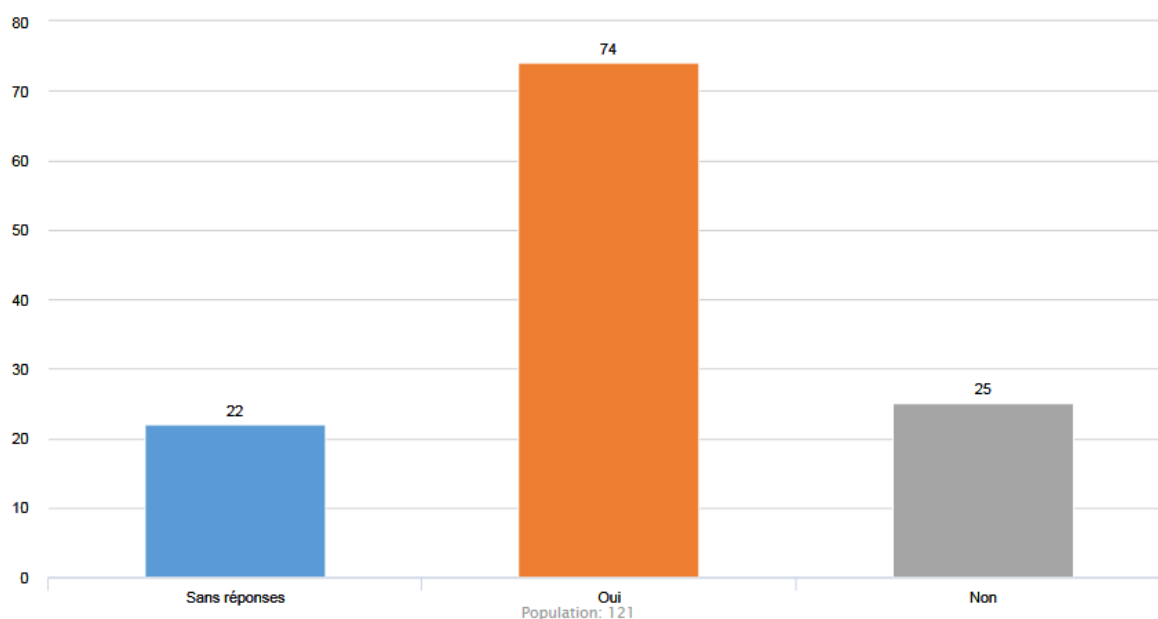
Le CTEL est constituée dans 96 % des GHT répondant.

Dans 34 % des cas, le CTEL ne s'est réunie qu'une fois en 2018, et dans 22 % des cas il n'y a pas eu de réunions. Dans 44 % des GHT répondant, le CTEL s'est réuni de 2 à 4 fois.

Dans 42 % des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 31 % des cas, en deçà de 40 %.

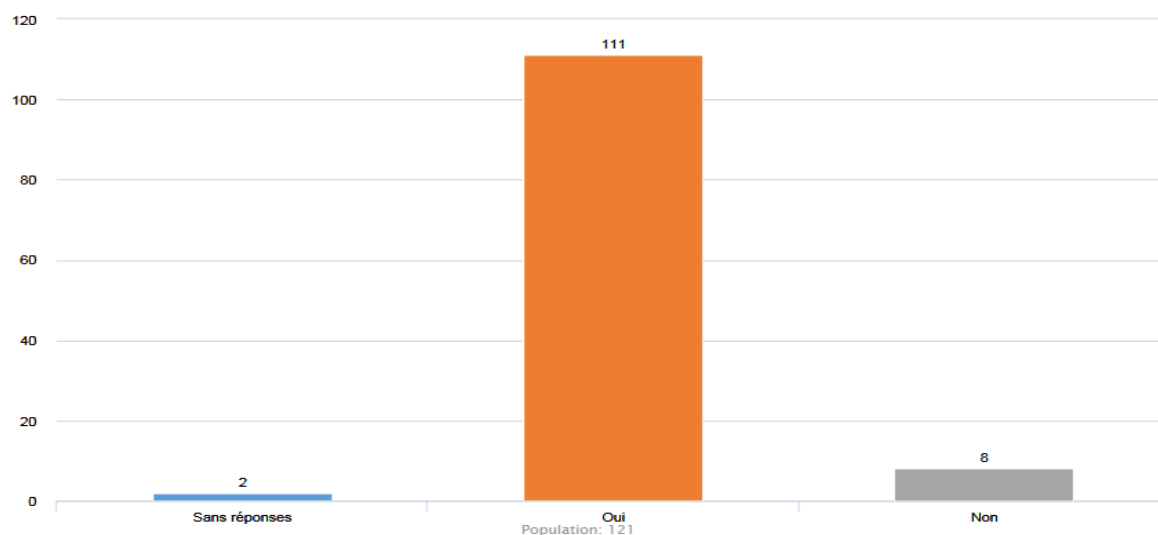
Pour 61 % des GHT répondant, la CDU paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.

Les réunions de l'instance en 2019 vous paraissent-elle traduire une dynamique positive de consolidation du GHT ?



La commission des soins infirmiers

4.7 Commission paramédicale de territoire constituée ?



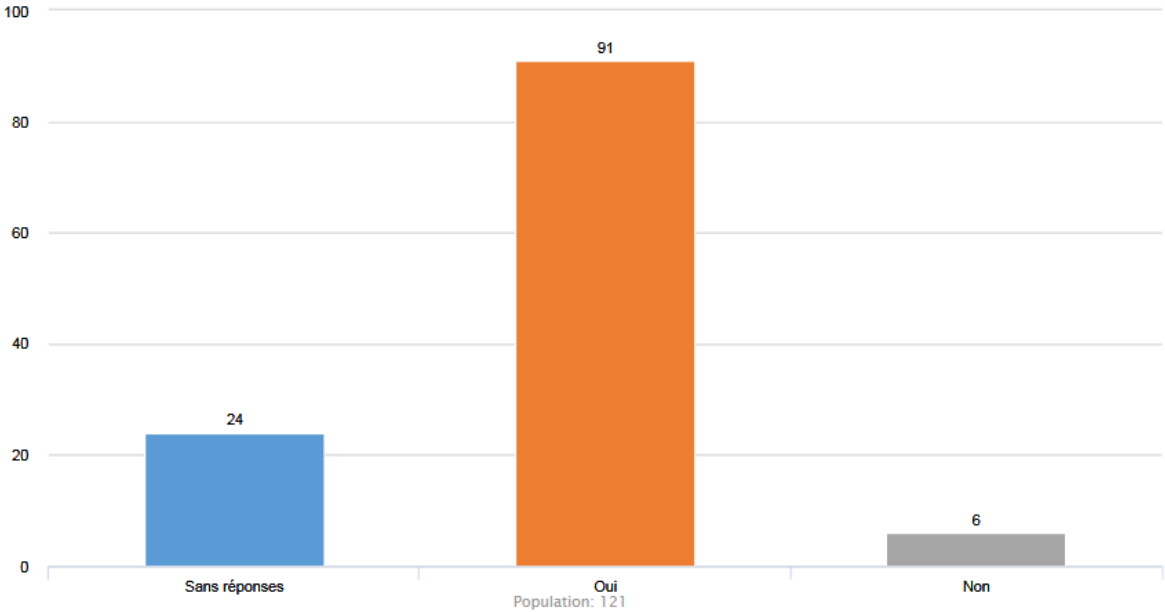
La CSIRMT est constituée dans 93 % des GHT répondant.

Dans 15 % des cas, la CSIRMT ne s'est réunie qu'une fois en 2018, et dans 8 % des cas il n'y a pas eu de réunions. Dans 72 % des GHT répondant, la CDU s'est réunie de 2 à 4 fois, et dans 5 % des cas 5 fois ou plus.

Dans 55 % des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 16 % des cas, en deçà de 40 %.

Pour 75 % des GHT répondant, la CSIRMT paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.

Les réunions de l'instance en 2019 vous paraissent-elle traduire une dynamique positive de consolidation du GHT ?



ANNEXE 2 : Typologie de GHT visités en fonction de leur maturité

Annexe 2A. Méthodologie

Méthodologie d'évaluation de la situation d'intégration des GHT : cotation et représentation graphique⁹

La représentation de synthèse repose sur cinq axes d'évaluation :

1/ Intégration de la gouvernance
2/ Niveau des mutualisations
3/ Fonctionnement des filières
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>

L'évaluation de la maturité des GHT sur chacun des axes résulte elle-même de la prise en compte de différents critères, tenant compte, selon les cas, *a minima* de l'appréciation des **objectifs** que le GHT s'est assigné (pertinence et degré d'ambition), et lorsque cela paraît possible, de l'appréciation des **premiers impacts** de actions entreprises.

Les informations utilisées résultent :

- Du questionnaire adressé aux GHT
- Des documents fournis
- Des entretiens réalisés.

Les informations sont anonymisées (chaque GHT étant désigné par un numéro d'ordre, de 1 à 18), l'objectif n'étant pas d'apprécier la situation de tel GHT, mais plutôt d'établir une typologie des niveaux d'intégration et de rapporter globalement des données d'appréciation de la situation par axe d'évaluation.

1/ S'agissant ainsi de **l'intégration de la gouvernance**, sont appréciés les ambitions fixées dans la convention constitutive, le fonctionnement effectif des instances de gouvernance et le cas échéant,

⁹ Cf. Pour une approche stratégique des stratégies d'intégration, F. Farhi, Gestions hospitalières, mai 2019

lorsqu'ils sont perceptibles, les premiers effets en termes de rapprochement des établissements parties. Le fonctionnement des instances suivantes est considéré :

Fonctionnement comité stratégique
Fonctionnement collège médical ou CMG
Fonctionnement comité territorial des élus locaux
Fonctionnement conférence territoriale de dialogue social
Fonctionnement comité des usagers
Fonctionnement comité de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

Pour chacune des instances, des éléments formels permettent de vérifier leur fonctionnement effectif : nombre de réunions tenues, participation, ordres du jour et PV, nature des questions abordées.

Plus complexe et qualitative est la question de l'impact perceptible sur le rapprochement des établissements parties que révèle la qualité de fonctionnement des instances. L'existence d'une CMG et non d'un simple collège médical constitue un indice du rapprochement des communautés médicales. De même l'existence d'un comité des directeurs qui se réunirait préalablement au contrat pour en préparer les débats serait un indice de rapprochement de la communauté administrative.

Méthode de cotation : à chaque axe d'évaluation est attribuée une notation de 0 à 4. Celle-ci correspond à la moyenne des notes attribuées à chacun des critères d'appréciation retenus pour l'axe d'évaluation. La note 0 correspond à l'absence de toute action dans le domaine considéré. Par exemple, sur l'axe gouvernance, une note 0 attribuée au fonctionnement du comité stratégique signifierait que le CS n'est pas constitué, ou qu'il ne s'est jamais réuni ; une note 4 signifierait non seulement un fonctionnement formel parfait, mais aussi, sur le fond, un traitement proactif de l'ensemble des sujets dont il est normalement saisi.

2/ S'agissant du niveau des **mutualisations**, on apprécie les **objectifs** (pertinence et niveau d'ambition) fixés en termes de rapprochement des politiques « support » au sein du GHT, ainsi que, s'il y en a, les premiers **impacts perceptibles**.

Les mutualisations de fonctions support analysées seront

Mutualisation des politiques RH
Mutualisation SIH
Mutualisation achats
Mutualisation finances

A titre d'exemple, pour les systèmes d'informations, les objectifs sont analysés : schéma directeur unique, rapprochement ou unicité des logiciels utilisés en gestion administrative, gestion du dossier médical, informatique médicale, gestion des domaines médico-techniques. La dynamique en cours est appréciée : DSI, pilotage de projet, investissement, ainsi que les premiers effets perceptibles (unicité de certains développements, logiciel unique partagé sur un secteur...).

Pour la politique d'achats : les objectifs propres du GHT peuvent en réalité recouvrir des ambitions antérieures (adhésion préalable à un GCS achats ou à un groupement d'achats ; programme d'économies dans le cadre de Phare...). On tente donc de spécifier l'apport du GHT, s'il existe en la matière ; ainsi que ses premiers impacts.

3/ Le fonctionnement en **filiales de soins** constitue l'apport majeur des GHT- mais des GCS antérieurs et des rapprochements/fusions d'établissements peuvent avoir fortement anticipé le mouvement.

L'analyse des **objectifs** du PMP (pertinence ; ambitions) et des **impacts perceptibles** porte sur les points suivants :

Nombre et pertinence des filiales couvertes
Objectifs de gradation des prises en charges
Référent et/ou groupe de travail de filière
Intégration de la politique qualité et des filiales
Articulation avec CHU (sauf pour les GHT dont un CHU est établissement support)
Impacts perceptibles (parts de marché, taux de fuite, adressages intra GHT, temps médical partagé, attractivité professionnelle...)

Les deux premiers items portent sur l'analyse du PMP lui-même et donc sur les objectifs que le GHT s'assigne pour la mise en place de filiales de soins gradués. Le nombre et la pertinence des filiales envisagées sont appréciés notamment en lien avec les priorités qui ont pu être indiquées par l'ARS, et via le PRS. Pour chaque filière, la pertinence, la précision, la déclinaison opérationnelle (fiches actions, responsabilités assignées...) des orientations données pour une prise en charge graduée sont analysées.

L'existence d'un référent ou « groupe référent » de filière chargé d'en piloter et suivre la mise en place constitue un indice certain de l'attention portée à ces projets de fonctionnement.

On observe également si et dans quelle mesure une politique de qualité des prises en charge est développée au sein du GHT, en lien avec la mise en place des filiales.

L'articulation avec le CHU, déclinée au sein de la convention d'association est analysée sous l'angle des apports potentiels du CHU aux capacités de prise en charge (moyens projetés) du GHT en niveaux de proximité et recours, et aux filiales de prise en charge en référence.

Enfin, les premiers impacts perceptibles du fonctionnement en filiales graduées sont observés, pour autant que des données puissent être rassemblées en termes

- De prise en charge des patients : parts de marché, taux de fuite, adressages intra GHT...
- De moyens médicaux : temps médical partagé, attractivité professionnelle...

4/ S'agissant des actions visant à **l'intégration du GHT dans l'environnement de l'offre de soins**, l'objectif est d'apprécier le degré d'ambition des actions engagées ou prévues par le PMP (articulation avec les CPTS, actions en matière de télémédecine). Les effets d'ores et déjà perceptibles de l'articulation avec la médecine de ville (impact sur les adressages/articulation et suivi des prises en charge) et le secteur médico-social (impact sur fluidité de la filière gériatrie) sont repérés.

Actions en matière de télémédecine
Articulation avec médecine de ville
Articulation avec le secteur médico-social

5/ Enfin, il a paru utile d'analyser les dispositifs éventuellement mis en place pour suivre la mise en place et évaluer les effets du GHT.

On s'interroge ainsi sur les points suivants :

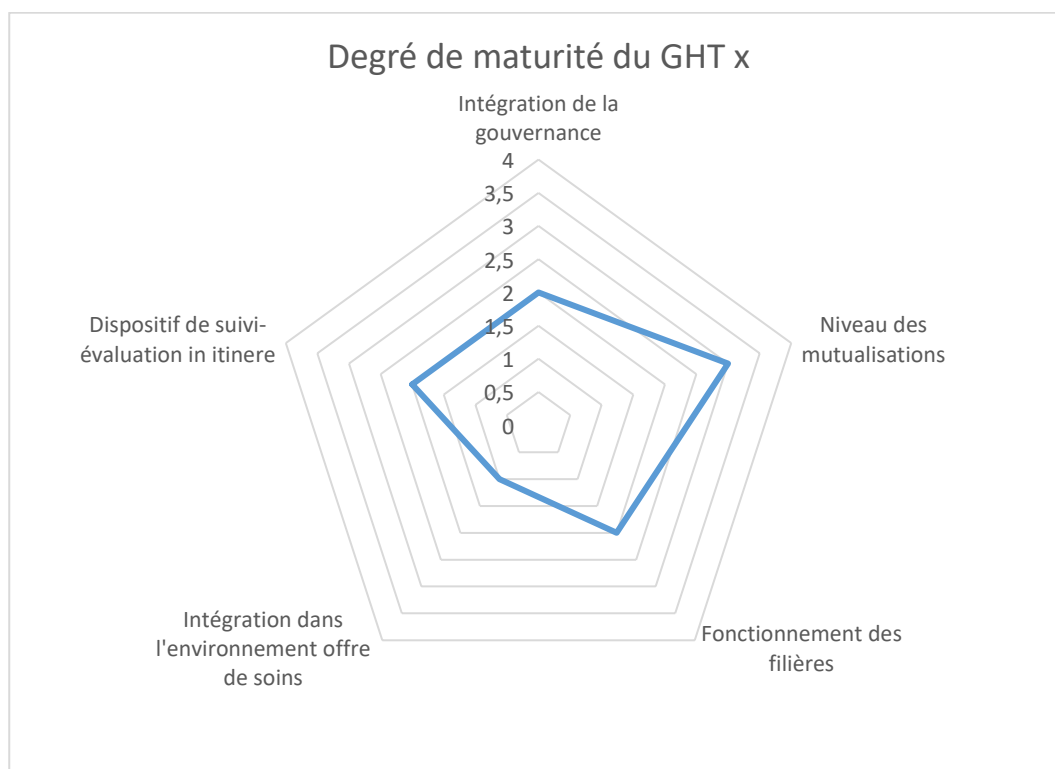
Indicateurs de suivi par filière PMP
Indicateurs de suivi par action FS
Suivi et évaluation par instances de gouvernance
Méthode d'évaluation

L'analyse porte sur l'existence et la pertinence d'indicateurs de suivi des actions par filière de soins et par fonction support, l'existence et la pertinence d'une méthode d'évaluation *in itinere*, enfin le rôle assigné aux instances en matière de suivi et évaluation.

Synthèse sous forme de représentations graphiques (graphiques format radar sous excel).

L'appréciation du degré de maturité du GHT repose donc au total sur 5 axes d'évaluation et 22 ou 23 critères (selon que l'établissement support est ou non un CHU). Une représentation graphique peut l'illustrer, qui peut être rapportée à la moyenne calculée sur chaque axe pour l'ensemble des GHT analysés. Les GHT sont classés en trois niveaux de maturité (en avance, en route, en développement).

A titre d'exemple, sur un GHT fictif :

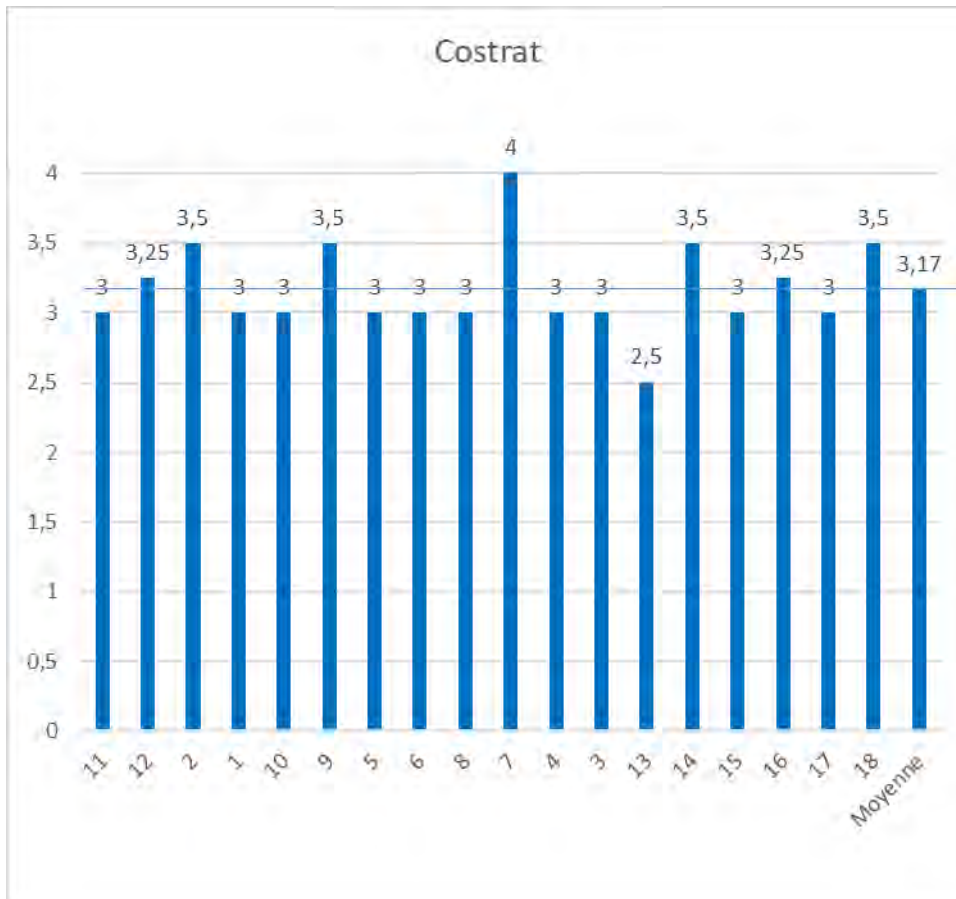


Annexe 2B. Fonctionnement de la gouvernance des GHT

1/ Le Costrat

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le comité stratégique, préparé par un codir de GHT qui se réunit mensuellement, remplit sa fonction, malgré la superposition aux instances des établissements parties, dont la lourdeur est soulignée.	3
2	Le comité stratégique se réunit 3 fois par an. Il a délégué ses compétences au bureau (13 membres, réunions mensuelles) et il en valide les propositions. Les règles de vote sont fonctions des parts sociales déterminées selon des critères d'effectifs et de budgets consacrés aux fonctions à traiter en commun. Les délibérations du COSTRAT doivent réunir une majorité des deux tiers des parts sociales et des établissements. La lourdeur des instances se superposant à celles des établissements est présentée comme un frein à la participation au COSTRAT que l'implication du bureau compense.	3,5
3	Le GHT paraît réellement piloté, la direction et les communautés mobilisées. Les réunions sont préparées par un bureau restreint. Cinq établissements en direction commune garantissent une forte intégration.	3
4	L'instance de la CHT historique à laquelle le Costrat du GHT s'est substitué, se réunit de manière systématique, intègre bien les directeurs et présidents de CME et CSIRMT.	3
5	Le COSTRAT paraît fonctionner de manière régulière et il est préparé par des réunions de bureau exécutif entre directeurs d'établissements parties.	3
6	Le comité stratégique se réunit de manière régulière sur la base d'une conception extensive de ses compétences. Il est préparé par une réunion mensuelle des directeurs des établissements membres du GHT, qui permet d'en assurer une meilleure collaboration.	3
7	Compte tenu de la fusion des établissements du GHT, ses instances sont remplacées par celles de l'établissement unique qui le constitue. Le <i>directoire</i> qui comprend notamment tous les chefs de pôle (intersites) traite des orientations stratégiques de l'établissement.	4
8	Le costrat se réunit régulièrement et examine les questions qui relèvent de sa compétence. Compte tenu de la lourdeur soulignée de la gouvernance, le caractère formel du costrat est pallié par les réunions mensuelles d'un comité des directeurs, qui paraît assumer les principales orientations stratégiques.	3
9	Le costrat se réunit régulièrement (4 à 5 fois par an) et paraît porteur d'une réelle dynamique territoriale, héritée d'une CHT antérieure, mais qui n'a pas faibli.	3,5
10	Le costrat se réunit régulièrement, avec une préparation préalable des séances par un bureau restreint, et sur la base d'ordres du jour qui reflètent une prise en charge solide de ses compétences. La dynamique de construction du GHT est présente, avec les limites structurelles de son périmètre, qui inclut deux bassins de populations séparés et deux hôpitaux de taille sensiblement équivalente sans aucune tradition de coopération.	3
11	Le Costrat se réunit régulièrement et fonctionne bien. Le formalisme des délibérations est compensé par des réunions préparatoires mensuelles entre directeurs et des réunions thématiques.	3

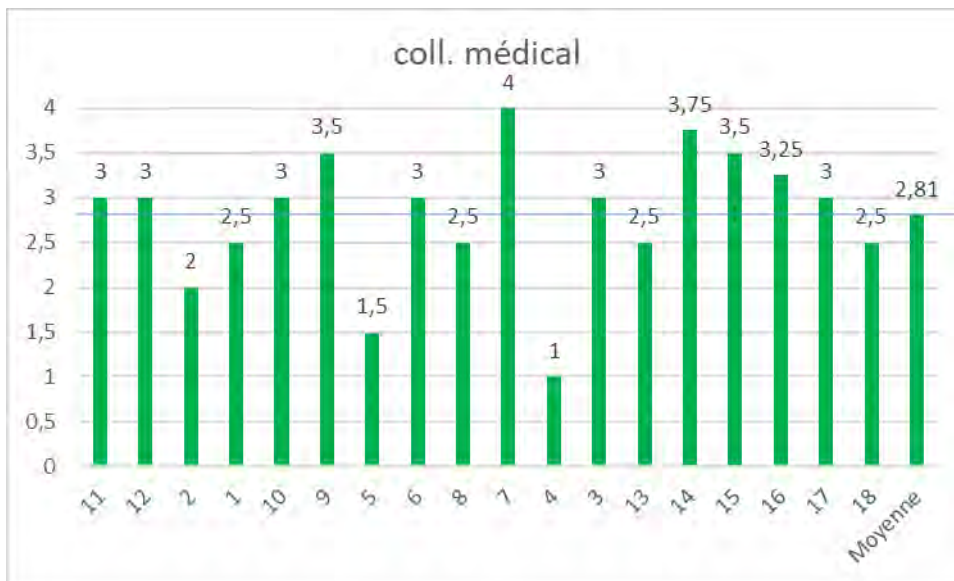
12	Réunions régulières : 2 à 3 par an. Instance porteuse avec le collège médical de la dynamique GHT et qui suit en particulier annuellement l'évolution du PMSP.	3
13	Le comité stratégique et son bureau sont en place et se réunissent 1 à 2 fois par an selon une fréquence inférieure aux dispositions de la convention constitutive. Les principaux éléments socles du GHT, PMP et Schéma directeur du SI notamment, ont fait l'objet de délibérations du Costrat, qui a également validé un document de suivi du PMP, en lien avec l'ARS.	2,5
14	Une gouvernance solide construite à partir d'une démarche structurée dès 2015. Des réunions régulières bénéficiant d'un fort taux de participation. Sa composition est marquée par une forte représentation médicale et soignante. Des ordres du jour relatant une véritable dynamique au sein du GHT. Participation régulière d'un représentant du CHU au comité. Position responsable défendue sur la fermeture d'une maternité.	3,5
15	Les réunions sont régulières pour la partie « historique » du GHT à savoir le groupe hospitalier et les EHPAD associés. Sont ainsi transposées dans le cadre du GHT les réunions antérieures des instances de l'Etablissement support. Le comité stratégique est un directoire élargi à des membres invités, représentants des usagers et des partenaires du groupe hospitalier (GIE d'imagerie , établissement privé de santé mentale , représentant de l'URPS notamment)	3
16	Les réunions sont régulières et fréquentes (8 en 2018). Le COSTRAT est présidé par le Directeur Général de l'établissement support assistée par les 2 co-Présidents du collège médical. Chaque établissement partie est représenté par son/sa directeur(rice), le/la Président(e) de la CME et le/la Président(e) de la CSIRMT. Le Doyen de la faculté de Médecine est membre ainsi que le DIM de Territoire des invités permanents (ARS)	3,25
17	Le COSTRAT est constitué et fonctionne régulièrement. Le DIM de territoire est associé.	3
18	Le costrat se réunit une fois par trimestre. Compte tenu du nombre important d'établissements parties un bureau restreint du costrat est constitué, chargé de faciliter la prise de décision et le suivi des projets ; sa composition donne leur place à toutes les catégories d'établissements, MCO et ex Hôpitaux locaux. L'étendue, la composition géographique du GHT et certaines velléités dissidentes justifient pleinement la présence de « coordinations de bassins de proximité », pilotées par le CH pivot de bassin, et chargées de la concertation et du respect des dynamiques locales.	3,5



2/ Le collège médical (ou CMG)

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le collège médical se réunit deux fois par an, préparé par un bureau restreint ; les ordres du jour témoignent d'un fonctionnement conforme aux compétences de l'instance. Toutefois la dynamique de participation et de construction de la communauté médicale apparaît modeste et repose surtout sur quelques leaders médicaux motivés.	2,5
2	Le collège médical est chargé principalement de suivre les travaux des 7 filières prioritaires du PMP. Il n'apparaît cependant pas actuellement en mesure de jouer un rôle moteur dans la mise en œuvre du projet médical partagé.	2
3	Le collège dynamique et impliqué dans la progression du GHT et le suivi régulier du PMSP, va se transformer en CMG et intégrera les porteurs de filières.	3
4	Le collège médical est théoriquement composé des présidents de CME, chefs de pôles de territoire et représentants des filières. Mais le collège médical ne fonctionne pas à proprement parler, la CME de l'établissement support s'adjoignant des représentations <i>ad hoc</i> des établissements parties et partenaires, en tant que de besoin. Le fonctionnement collaboratif historique de la CHT, basé sur des GCS thématiques qui subsistent prévaut encore sur la gouvernance de GHT.	1

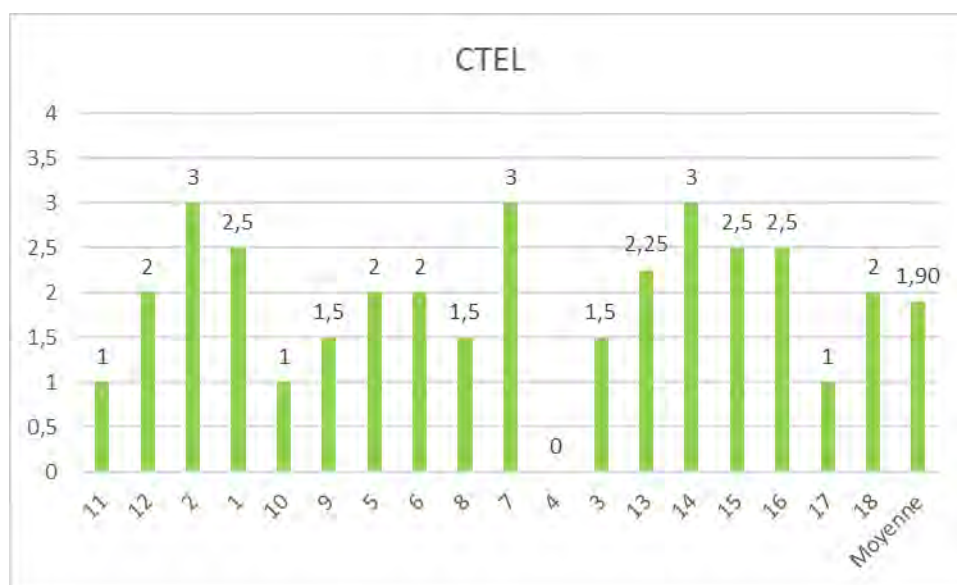
5	Le fonctionnement du collège a été interrompu compte tenu d'une vacance de gouvernance à la CME de l'établissement support ; la relance est une priorité.	1,5
6	La dynamique de la collaboration médicale est lancée, au-delà des réunions de collège médical, régulières, pilotées par le président de la CME d'un établissement membre- très engagé-, et dont les ordres du jour témoignent d'une réelle prise en charge des compétences du GHT.	3
7	La CME d'établissement (qui remplace celle de GHT) constitue une assemblée nombreuse rassemblant l'ensemble des chefs de services. Des réunions mensuelles par site permettent d'alimenter des flux d'informations ascendants et descendants avec les praticiens hospitaliers.	4
8	Le collège médical, marqué par un certain formalisme est préparé par un bureau mensuel plus opérationnel. Le collège permet de suivre la mise en œuvre du PMP de manière organisée. Parcontre, il est noté un manque d'informations auprès des communautés médicales des établissements parties.	2,5
9	Le collège médical, régulièrement constitué et représentatif, a été porteur de l'élaboration du PMSP ; il s'investit fortement dans sa mise en œuvre et suit régulièrement l'avancement des travaux par filière.	3,5
10	Avec les limites structurelles liées à la séparation du GHT en deux établissements et deux bassins distincts de population , le collège médical aborde avec dynamisme le suivi du PMSP, de manière rationalisée (mode projet) et les communautés médicales s'efforcent de tirer partie de l'opportunité de création du GHT, sans tendre vers la constitution de filières intégrées et graduées.	3
11	Malgré le formalisme le collège se réunit bien ; une communauté médicale de GHT paraît prendre corps, selon les acteurs concernés ; un bilan du PMP à deux ans a été établi en mai 2019.	3
12	1 réunion par trimestre ; travail en synergie avec le COSTRAT sur la stratégie du GHT et le suivi de sa mise en œuvre.	3
13	Ce GHT a choisi une CMG qui s'est réunie 3 fois par an en moyenne. Elle se consacre principalement à la mise en œuvre du PMP et à contribuer à construire des équipes médicales de territoire	2,5
14	Collège dynamique, impliqué et responsable dans la progression du GHT. Les avenants à la convention et les ordres du jour du collège traduisent une contribution médicale au développement du GHT tout à fait significative. Au total un collège productif de projets de coopération et de mutualisation.	3,75
15	L'instance médicale unique se réunit à la fois comme CME du groupement hospitalier et du GHT, témoignant d'une fusion anticipée des instances du GHT. Ce fonctionnement qui évite des redondances n'est pas contesté.	3,5
16	Présidence bicéphale (1 PU-PH et 1 PH d'un autre établissement). Fonctionne en synergie avec le COSTRAT. Son fonctionnement est perçu comme traduisant une force de proposition et une volonté fédératrice des communautés médicales, (3 réunions/an) consacrées à la mise en œuvre du PMP	3,25
17	Le collège s'est constitué en commission médicale de groupement. Le PCME du CH support s'est fortement mobilisé auprès de ses collègues pour les convaincre. De nombreux dossiers ont été traités, les avis semblent respectés par des avis conformes des CME des établissements parties.	3
18	Le collège se réunit deux fois par an et souffre de la même lourdeur que le costrat. Malgré un PMP fédérateur, la dynamique de construction des projets paraît inconstante et repose sur quelques leaders motivés.	2,5



3/ Le comité territorial des élus locaux

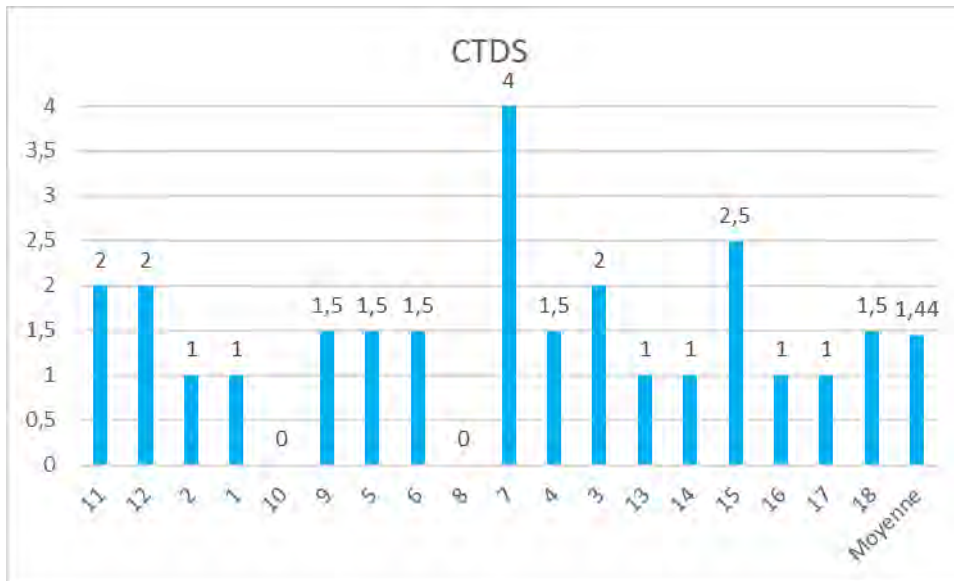
GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Un président de CTEL particulièrement impliqué essaye de mobiliser les élus locaux membres et y parvient surtout lors de l'évocation de sujets relatifs à l'offre de soins et son évolution.	2,5
2	Implication réelle du comité territorial des élus locaux associé à toutes les questions d'organisation de l'offre de soins (urgences notamment) et de structurations juridiques des établissements (directions communes).	3
3	Malgré la volonté de la direction de les tenir informés, l'implication des élus paraît faible.	1,5
4	Le CTEL ne se réunit pas ; l'information des élus est réalisée au niveau des établissements.	0
5	Considérée comme une instance pédagogique et de promotion du GHT, le CTEL se réunit deux fois par an, mais souffre d'une participation assez faible.	2
6	Le CTEL se réunit deux fois par an et la direction du GHT a le souci d'une association des élus au-delà d'une simple information sur le fonctionnement et les projets engagés.	2
7	Le CTEL ne se réunit pas en tant que tel. Le conseil de surveillance constitue une instance d'échange pertinente notamment avec les élus locaux.	3
8	Malgré un président particulièrement impliqué, le CTEL apparaît peu mobilisé.	1,5
9	Le CTEL ne s'est réuni pour la première fois qu'en 2019, avec un intérêt réel manifesté par les élus pour la constitution du GHT ; il apparaît à ce stade comme un instrument pédagogique et de mobilisation ; les élus restent proches de leur établissement et le CTEL ne s'est pas saisi de ses compétences réglementaires d'évaluation.	1,5
10	Le CTEL ne s'est réuni qu'une seule fois en 2018 et a permis la présentation du GHT et du PMSP.	1
11	Les élus locaux participent peu.	1
12	Réunions peu fréquentes : 2 en 3 ans, objectif 2 par an Les relations avec les élus se sont déroulées dans le cadre de réunions spécifiques pour la construction d'une direction commune avec un CH assortie d'une perspective de fusion à moyen terme	2

13	Le comité a donné un avis favorable unanime au PMP ; 2 réunions par an sont tenues avec comme objectif principal d' associer les élus par le partage des informations sur le fonctionnement et les objectifs du GHT, sans que des questions de réorganisation de l'offre de soins aient été abordées et débattues.	2,25
14	Une participation satisfaisante. Des ordres du jour denses et construits. Un rythme de 2 réunions par an. Un climat qualifié de constructif.	3
15	Le comité territorial des élus se réunit régulièrement et l'ancienneté des rapprochements entre établissements fait que la logique de coopération territoriale est consensuelle.	2,5
16	La convention constitutive avait été initialement conclue avec un minimum d'1 réunion par an. Le comité se réunit 2 fois par an sous la Présidence du président du conseil de surveillance du CHU. Ces réunions permettent d'associer l'ensemble des élus, qui désormais ne contestent plus le périmètre du GHT	2,5
17	Le CTEL est peu actif voire inexistant. Volontairement le Pt du CS de l'établissement support reste à distance pour cause de tensions politiques.	1
18	Le CTEL se réunit deux fois par an mais souffre de l'intérêt variable porté au GHT par les élus locaux, sauf évocation de problématiques locales clairement identifiées.	2



4/ La conférence territoriale de dialogue social

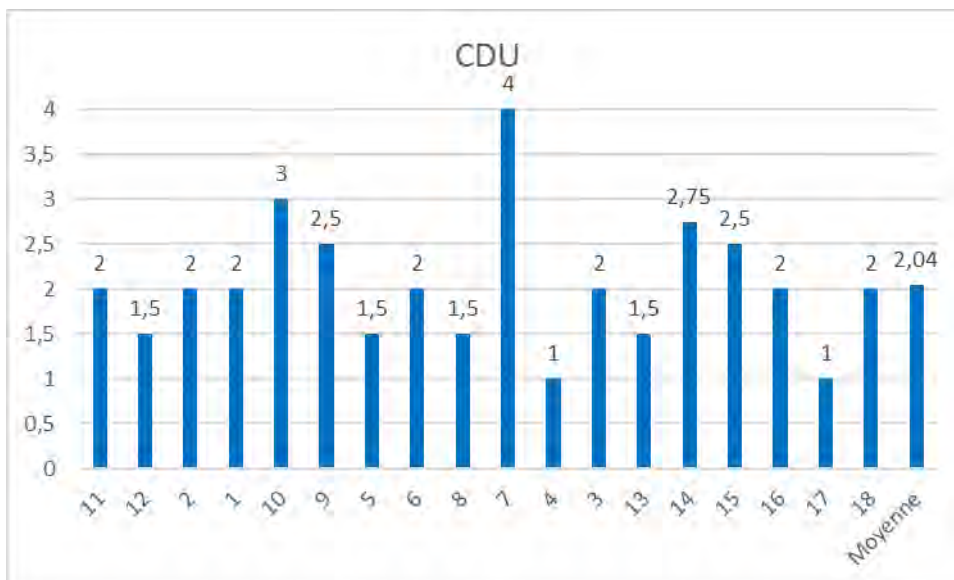
GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	La CTDS se réunit peu et la participation y est très limitée.	1
2	Instance qui se réunit peu et dont la représentativité réelle est fortement réduite par le boycott des représentants du personnel de certains établissements en fonction de consignes nationales d'opposition au GHT (syndicats FO et CGT du CH du Mans notamment).	1
3	Malgré un rôle assez discret, la CTDS permet l'information des partenaires sociaux sur la vie du GHT ; elle se réunit sans remettre en cause le rôle des instances d'établissement.	2
4	Pas de réunion de la CTDS depuis un an. Le seul acquis semble d'adoption d'une charte sociale. Toutefois un « espace de dialogue social et de concertation » de la CHT préexistait et fonctionnait correctement.	1,5
5	La CTDS se réunit mais ne parait pas mobiliser les représentants syndicaux.	1,5
6	La CTDS se réunit régulièrement et est saisie, pour information, de l'ensemble des sujets relatifs à l'avancement du GHT, fonctions support et PMSP. La participation syndicale est cependant limitée.	1,5
7	La CTDS ne se réunit pas. Le <i>CTE d'établissement</i> fonctionne normalement, ainsi que des <i>CHSCT de site</i> . Les instances de l'établissement se réunissent alternativement sur chaque site, de manière à maintenir un lien institutionnel effectif avec le siège.	4
8	Le CTDS ne se réunit pas	0
9	La CTDS se réunit deux fois par an ; elle se substitue d'autant moins aux instances d'établissement que les OS restent peu participatifs ; certains dossiers lui sont présentés (projet de SST territorial).	1,5
10	Compte tenu de l'opposition des OS à la création des GHT, la CTDS ne s'est jamais réunie.	0
11	Conformément aux textes, la CTDS n'évoque que des sujets de niveau GHT. Elle pâtit d'une participation à l'éclipse.	2
12	Une réunion annuelle ; seuls les sujets GHT y sont évoqués conformément aux textes (GPEC, conditions de travail, politique de formation). 3 organisations syndicales sur 4 participent, 1 (FO) ne siège pas.	2
13	Réunions régulières à partir de 2018 mais deux organisations syndicales sur 4 ne siègent pas.	1
14	Le fonctionnement se heurte à une posture d'opposition aux GHT des OS.	1
15	Le CTE du groupe hospitalier tient lieu de conférence de dialogue social. Ce point n'est pas contesté. Chaque site hospitalier conserve un CHSCT également compétent pour les EHPAD associés. Toutes les organisations syndicales ont participé à une réunion avec la mission.	2,5
16	La conférence associe la Présidente et les 2 vice-présidents du COSTRAT en tant que membres de droit et des représentants syndicaux de chaque établissement (2 réunions/an) Deux organisations syndicales n'y participent pas du fait de consignes nationales	1
17	2 réunions depuis 2016. Peu d'investissement de la part des OS qui ont déclenché des enquêtes CHSCT à la création du GHT. Les recours contentieux des directions ont échoué.	1
18	La CTDS se réunit deux fois par an, sans que toutes les OS y participent.	1,5



5/ Le comité des usagers

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le CDU territorial paraît peu actif ; au cours de son unique réunion en 2018, il a examiné les conditions de mise en œuvre du PMP, le suivi des EI de parcours et la prise en charge des personnes handicapées.	2
2	Le comité est constitué de 2 représentants des usagers par établissement, des directeurs et des membres du bureau ; il se réunit 2 fois par an. Les représentants des usagers rencontrés par la mission demandent davantage d'information sur les sujets essentiels du GHT.	2
3	Le CDU se réunit et commence à examiner la question des parcours territoriaux.	2
4	Les représentants des usagers sont impliqués mais l'action au niveau territorial est récente et n'est pas encore clairement appréhendée.	1
5	Le comité des usagers se réunit sans dynamique notable.	1,5
6	Le comité des usagers du GHT se réunit deux fois par an ; les ordres du jours semblent progressivement se resserrer autour de sujets qui intéressent plus directement les usagers – dont la participation semble acquise- PMP, PSP, Qualité, EI.	2
7	Le CDU d'établissement fonctionne normalement.	3,5
8	Le CDU examine les questions de son ressort (qualité...) mais sans vision territoriale notable.	1,5
9	Le CDU se réunit une fois par an. Il est bénéficiaire d'une réelle réflexion sur le portage au niveau territorial de dossiers relatifs à la relations aux usagers et la qualité des prises en charge, en évitant la redondance par rapport aux instances d'établissement.	2,5
10	Le CDU permet aux usagers d'appréhender le PMSP et les problématiques de qualité et sécurité de prise en charge au niveau territorial. Il se réunit régulièrement.	2,75
11	L'instance semble bénéficier d'une certaine dynamique (réponse à l'appel à projet « démocratie en santé »).	2

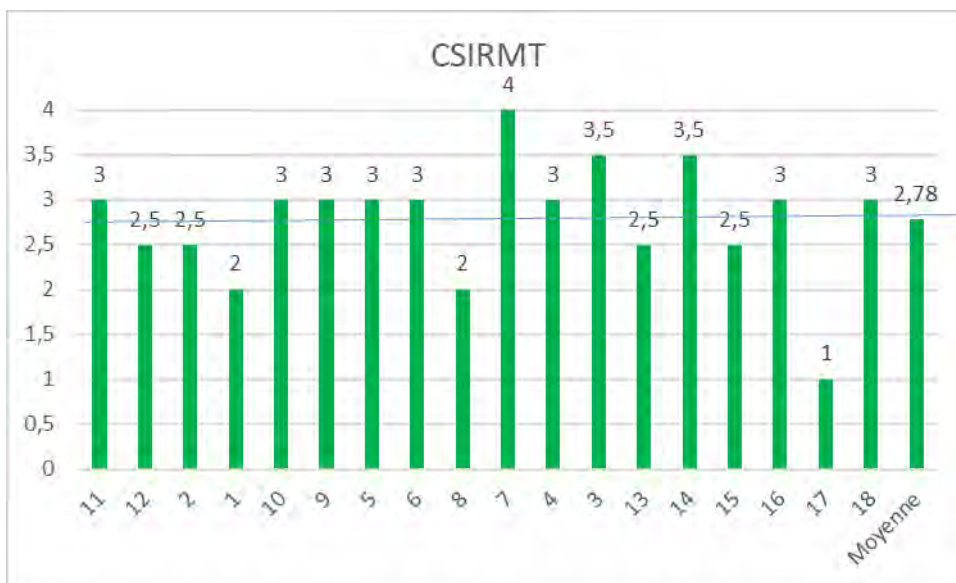
12	Le comité des usagers est constitué (2 représentants pour chaque EPS, 1 par EHPAD). Son rôle dans le fonctionnement du GHT semble mineur	1
13	Ce comité peine à trouver sa place, avec une seule réunion en 2018 et une prévue en 2019 ; La répartition des rôles entre CDU de GHT et CDU d'établissements n'est pas définie avec précision.	1,5
14	Mise en place et réunion deux fois par an. Retour d'expérience, étude d'évènements indésirables. La CDU peut être le vecteur de la communication du GHT, encore inconnu du grand public.	2,75
15	La commission des usagers du groupe hospitalier tient lieu de comité des usagers Les représentants des usagers (commission et conseil de surveillance, la situation et la place des usagers sont globalement satisfaisante au sein du GHT.	2,5
16	Le comité est composé de représentants des usagers désignés par chacune des composantes du GHT (3 réunions/an). la délimitation de sa mission par rapport aux commissions d'usagers d'établissement reste à préciser	2
17	Faible représentation des usagers, fonctionnement évanescent .	1
18	La mobilisation des usagers au niveau territorial apparaît complexe, le niveau de l'établissement étant plus propice à leur intervention.	2



6/ La CSIRMT

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	La CSIRMT se réunit régulièrement ; elle se prononce sur l'ensemble des thèmes relatifs au fonctionnement du GHT. Le PSP paraît cependant faiblement articulé avec la thématique de la qualité des prises en charge et l'état des lieux des actions en cours n'est pas encore achevé.	2
2	Compte tenu de la recomposition récente de la coordination générale des soins de l'établissement support, l'activité de la commission, qui se réunit trois fois par an, se structure progressivement et des axes de projet de soins partagés ont été définis mais restent à développer	2,5
3	Instance dynamique qui se saisit de la dimension territoriale pour faire progresser la réflexion/action dans des domaines professionnels concrets et intègre la politique qualité. La valence soignante du PMSP est importante et correctement portée sur le plan institutionnel.	3,5
4	La communauté paramédicale est dynamique et porte un PSP riche et cohérent.	3
5	La CSIRMT se réunit régulièrement pour suivre la mise en œuvre du plan médico-soignant partagé.	3
6	La CSIRMT se réunit régulièrement et de manière constructive ; elle supervise l'élaboration et le suivi du PSP, document riche et pertinent.	3
7	La <i>CSIRMT d'établissement</i> est normalement constituée et active, avec 3 collègues (encadrement, infirmières, aides-soignants). Les réunions mensuelles de coordinateurs des soins se tiennent alternativement sur chaque site.	4
8	Le CSIRMT se réunit régulièrement de manière dynamique ; il souffre cependant de deux handicaps : validation du PSP distinctement et a posteriori par rapport au PMP et articulation faible avec la politique qualité.	2
9	Bénéficiant d'une forte implication des professionnels et de leurs habitudes de collaboration, la CSIRMT se réunit régulièrement, examine l'avancement du PMSP, et travaille autour d'axes prioritaires (fluidité des parcours, qualité des prises en charge, formations et recherche)	3
10	Le comité des soins infirmiers confirme de son côté la dynamique de coopération entre communautés soignantes, portée par les sujets de qualité des soins et des comparaisons de pratique, dans le cadre du suivi du PMSP.	3
11	L'instance bénéficie de la dynamique territoriale créée par la communauté des directeurs de soins infirmiers ; un forum d'harmonisation des pratiques a été organisé et le PSP fait l'objet d'un suivi partagé.	3
12	Une réunion annuelle, thèmes évoqués : partage des pratiques professionnelles, qualité, DPC.	2
13	La commission se réunit selon la fréquence prévue à la convention fois par an elle a été acteur notamment dans l'élaboration du PSP.	2,5
14	La commission des soins a contribué à l'adoption d'une position favorable à la fermeture de la maternité de Bernay. Contribution à l'élaboration du PMSP poursuite de la démarche. Implication forte de la communauté soignante notamment à travers la politique qualité.	3,5
15	La commission du groupe hospitalier tient lieu de commission du GHT. Elle se réunit régulièrement et exerce ses compétences (projet de soins et démarche qualité notamment)	2,5

16	La CSIRMT a piloté la rédaction du projet de soins partagé et sa mise en œuvre (2 réunions par an) elle est associée également à la démarche qualité certification ainsi qu'au DPC	3
17	Peu évoqué au cours de la rencontre. Réponse minimale au questionnaire	1
18	La CSIRMT et son bureau restreint se réunissent régulièrement pour suivre la mise en œuvre du PSP, bien articulé à la fois au PMP et à la politique qualité/sécurité qui en constitue un des axes forts. Des rencontres trimestrielles de directeurs de soins des établissements parties abordent le suivi du PSP, organisent des formations, permettent un partage d'expériences et de questionnements.	3



Synthèse fonctionnement de la gouvernance

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4 (Moyenne)
1	Au global, les instances porteuses du GHT se limitent au costrat et au collège médical, surtout soutenu par une frange impliquée de la communauté médicale. Le CTEL bénéficie de la présence d'un président très impliqué. La CSIRMT reste tributaire d'un PMS peu avancé.	2,6
2	Le fonctionnement du comité stratégique, comme du comité territorial des élus est fluide. Le rôle du bureau est essentiel car, à chacune de ses réunions mensuelles il fait un point sur trois filières de soins priorisée dans le PMP et sur les fonctions support. Il contribue sur cette base et par ses propositions aux débats du COSTRAT et du comité des élus et à l'animation du GHT. Les autres instances sont en retrait.	2,3
3	Globalement, le GHT est bien piloté par des instances et des communautés mobilisées et qui ont compris le bénéfice à tirer de l'approche territoriale; les points de vigilance portent sur l'associations des élus; la politique territoriale d'associations des partenaires sociaux et des usagers reste à parfaire.	2,5
4	Globalement la dynamique de fonctionnement des instances du GHT est faible; l'historique puissant mais paralysant de la CHT n'a pas conduit à investir le GHT en tant qu'institution territoriale, sauf au costrat et au comité paramédical.	1,6
5	Le costrat et le csirmt apparaissent comme les points de stabilité de la gouvernance qui a été déséquilibrée par la vacance temporaire du collège médical, dont la relance est prioritaire. Les autres instances se réunissent sans dynamique notable.	2,1
6	Le fonctionnement des instances est marqué par une vision participative. Les instances se réunissent régulièrement, une réelle dynamique est créée au sein du costrat (préparé par un codir) du collège médical et du CSIRMT - malgré des difficultés de fond (deux communautés hospitalières principales très distantes) et une lourdeur d'ensemble soulignée.	2,5
7	Le GHT, constitué d'un seul et unique établissement, fonctionne sur la base des instances de l'établissement, déclinées de manière à permettre la meilleure articulation avec les pôles intersites et l'association des sites sans direction déléguée. NB : Les notes sont ici attribuées au regard du fonctionnement du GHT établissement unique; elles ne signifient pas pour autant un fonctionnement en lui-même idéal de toutes les instances de l'établissement.	4
8	La gouvernance du GHT assez formelle, repose en réalité sur des formations intermédiaires plus légères. CTEL et CTDS pèsent peu ou pas parmi les instances du GHT, tandis que la CDU se positionne difficilement au niveau territorial. La CSIRMT fonctionne de manière dynamique mais pâtit d'un PSP faiblement articulé avec le PMP et la politique qualité.	2
9	Globalement le GHT est porté par une gouvernance active et dynamique, bénéficiant d'habitudes de travail antérieures au sein d'une CHT, et d'une réflexion claire sur son positionnement par	2,6

	rapport aux établissements. Sans surprise, la mobilisation au sein de la CTDS et du CTEL paraît plus faible.	
10	La gouvernance du GHT est porteuse d'une dynamique perceptible, à l'exception de la CTDS qui ne se réunit pas et du CTEL qui ne s'est réuni qu'une fois. Elle est tributaire de limites inhérentes au GHT, divisé en deux bassins de population distincts et sans tradition de coopération entre les deux CH de taille équivalente qui les desservent. Dans ce cadre, elle réussit à créer une coopération réelle, même si elle n'atteint pas les objectifs assignés aux GHT. Les acteurs sont clairement attachés aux instances d'établissement, jugées irremplaçables, mais admettent désormais la plus-value attachée à une approche collaborative et comparative permise par le GHT.	2,2
11	Les instances majeures, comité stratégique, collège médical et comité des soins infirmiers fonctionnent correctement et compensent un certain formalisme par une dynamique de communautés impulsée en 2017 et qui paraît se maintenir malgré les difficultés. Les élus participent peu. Les OS s'en tiennent aux compétences limitées de la CTDS. Les usagers s'approprient progressivement la CDU au niveau territorial.	2,5
12	Les deux instances considérées comme majeures sont le comité stratégique et le collège médical. Elles ont bien fonctionné entre les deux CH du GHT jusqu'à l'adhésion effective du CHS et son intégration sans difficulté particulière dans les instances. Concernant les autres instances, la redondance établissements/GHT est considérée comme lourde.	2,25
13	Les instances fonctionnent, sans difficultés signalées à l'exception de la lourdeur du dispositif liée aux redondances multiples entre instances d'établissement et instances GHT qui peuvent expliquer la réduction à partir de 2018 des réunions du comité stratégique. L'appréciation de l'activité réelle des instances reste difficile à défaut de communication par l'établissement support des comptes rendus et ordres du jour, malgré les demandes réitérées de la mission.	2,05
14	Un GHT de taille moyenne comportant toutes les composantes (MCO, Psy, MS). Une mise en place prudente mais solide. Un PMSP complet et bien soutenu par les communautés médicales. Le comité paramédical est actif et présent sur les dossiers difficiles. Une gouvernance plutôt sereine malgré une attitude dissidente d'un établissement (CH de l'Aigle) dont l'adhésion au GHT fut pourtant volontaire.	3
15	Une configuration institutionnelle atypique, produit de directions communes et de fusions antérieures au GHT et qui se poursuit avec la perspective imminente d'un EPS unique et d'EHPAD associés. Une anticipation consécutive de la fusion des instances avec un fonctionnement harmonieux et opérationnel.	2,75
16	Les instances exécutives du GHT sont particulièrement actives et engagées dans la mise en œuvre et le suivi des projets par filières ainsi que des fonctions supports. Les instances consultatives fonctionnent bien et l'exécutif du GHT veille à associer les élus dont le comité se réunit régulièrement.	2,5
17	Malgré un leadership naturel et des atouts le CH support peine à dynamiser son GHT	1,7

18	<p>L'étendue et le nombre d'établissements parties du GHT ont nécessité la mise en place d'instances originales et utiles, bureaux restreints et « coordinations de bassins ». La gouvernance d'ensemble repose sur le costrat, un collège dont la dynamique doit être entretenue, et le CSIRMT. Les autres instances se réunissent mais, sauf exception, se placent dans un cadre informatif sans portage de la construction du GHT.</p>	2,4
----	---	-----



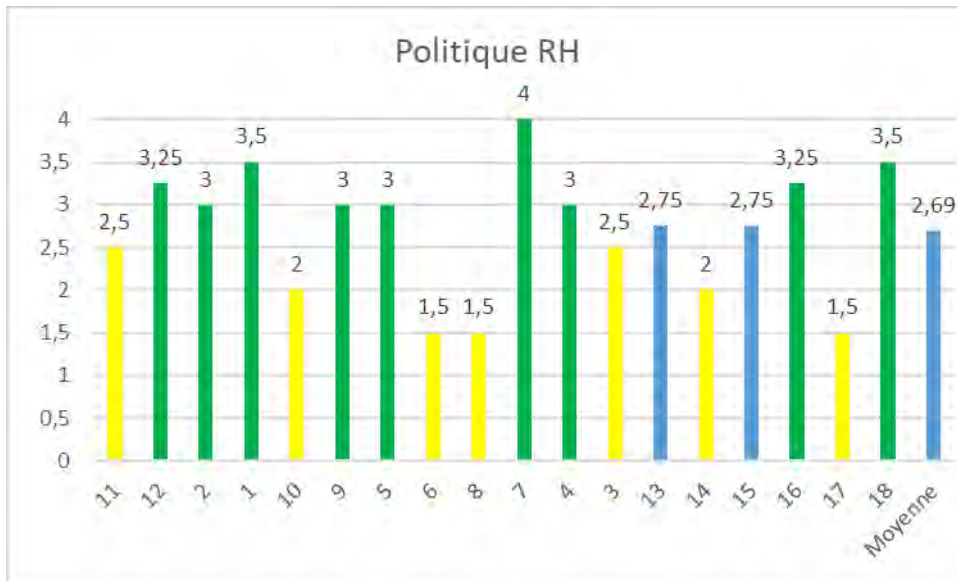
Annexe 2C. Mutualisation des fonctions support

1/ Les politiques des ressources humaines

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Une réunion de coordination mensuelle des DAM est organisée et l'établissement support dédie des moyens à la coordination de la GRH médicale. Des coopérations médicales entre les différents établissements du GHT sont initiées, pour certaines de longue date ; elles concernent de nombreuses spécialités ; un accord cadre de coopération médicale, des accords de filière, la mise en place de consultations avancées, d'activité partielle ou complète de proximité, et la constitution d'équipes territoriales renforcent la coordination des affaires médicales. Des principes communs sont arrêtés pour les recrutements. La mise en œuvre d'une cartographie commune des besoins via un logiciel RH commun régional de GPMC est envisagée, de même qu'une bourse des gardes (« Whoog »).	3,5
2	La gestion des RH médicales est caractérisée par une démographie professionnelle qui ne permet pas des ressources suffisantes pour couvrir l'ensemble des sites d'activité dans leur organisation actuelle, qu'il s'agisse notamment des urgences, de l'imagerie ou de la gériatrie ; le principe de constituer des équipes médicales de territoire est posé avec un rattachement à l'établissement support et un recrutement centralisé, mais les difficultés pour trouver des candidats compliquent la mise en œuvre. La mutualisation de la gestion RH médicale prévue par la loi du 24 juillet 2019 est perçue comme favorisant une application homogène des statuts et le développement du temps partagé (qui a déjà augmenté notamment pour des consultations avancées ; de 3,8 ETP en 2016 à 5,7 en 2019) Concernant les RH non médicales Les calendriers d'élaboration des plans de formation sont harmonisés. Les actions de formation mutualisées se développent (3 thèmes en 2018, 20 en 2019). Les établissements ont recours à un centre unique de formation par simulation. Les principes de la mobilité inter établissements sont clairs (accord requis des agents) avec plusieurs modalités de mise en œuvre (ordre de mission, mise à disposition ; changement d'établissement)	3
3	La politique RH comporte quelques originalités : Charte sociale en lien avec GHT, comportant cinq axes clefs (QVT, accompagnement des restructurations ; résorption de la précarité ; conditions de travail ; retour à l'emploi) ; mise en place d'un service de santé au travail commun.	2,5
4	L'articulation des politiques RH est réalisée grâce à une bonne collaboration des directions et se traduit par des actions communes significatives (formations, accompagnement au changement professionnel, parcours de territoire, QVT, service de santé au travail inter établissements...). Un GIP Institut de formation des professionnels de santé garantit la coordination des écoles de formation paramédicale.	3
5	Une politique originale de GPMC est mise en œuvre au niveau territorial, sur la base d'un diagnostic commun établi (évolutions démographiques des ressources, effectifs nécessaires pour couvrir les besoins..) et de plans	3

	d'actions en cours d'élaboration (projet social renforçant l'attractivité, permanence des soins...)	
6	Pas d'illustration de projets particuliers en la matière, au-delà des obligations légales (coordination des écoles de formation paramédicale..).	1,5
7	L'harmonisation des conditions de travail et de rémunération est achevée. La médecine du travail a bénéficié de moyens renforcés. Les cadres de la DRH veillent à assurer une présence hebdomadaire sur chaque site. Une politique d'établissement est mise en place d'agissant des RH médicales.	4
8	Le GHT n'est pas à ce stade, en mesure de promouvoir une politique RH mutualisée, au-delà du socle minimal requis (regroupement des écoles...)	1,5
9	L'établissement support a pris en charge la coordination des écoles de formation. Il porte une politique très active de projection de moyens médicaux. On note quelques initiatives au niveau GHT : coordination des plans de formation continue, projet de SST ; dispositif d'intérim interne ; annonce de la structuration de la DAM de groupement.	3
10	Le GHT assume ses compétences en matière de coordination des IFSI, des plans de formation et de DPC.	2
11	La coordination des politiques RH au niveau du GHT semble se mettre en place de manière positive (DPC, expression des besoins de formation, cartographie des compétences, cartographie des métiers en tension, diffusion des fiches de poste au niveau GHT, mise en place d'un SST territorial...), au-delà même des compétences socles (coordination des plans de formation et des instituts de formation...). Compte tenu des besoins, des actions coordonnées sont mises en place ou projetées en matière de RH médicales (coopérations médicales territoriales : marché d'interim médical territorial, diffusion des postes de PH vacants, évaluation des coopérations, charte de collaboration « urgences », recensement territorial des besoins).	2,5
12	La coordination des politiques RH se met en place surtout pour les ressources médicales avec la constitution d'une équipe d'urgentistes de territoire et des profils de postes organisant un exercice partagé entre 3 sites d'urgences (2 SAU et un centre de soins non programmés. La mise en place effective de cette équipe a permis de ne plus avoir recours à l'intérim. Trois autres projets d'équipes territoriales sont mentionnés (HAD, pneumologie, soins palliatifs) Le CHU conduit en outre une politique d'affectation des assistants régionaux partagés inscrite dans les conventions d'association avec les 4 établissements supports des autres GHT de la subdivision d'internat. Concernant le personnel para- médical, la mutualisation porte surtout sur la formation et le DPC. A signaler également la création d'une équipe SIH de territoire.	3
13	La définition des éléments de base d'une GPEC médicale est engagée avec comme finalité à terme la mise en cohérence au niveau du GHT des publications de postes et recrutements au regard de la gradation des soins retenue dans le PMSP. La CMG prévoit de produire des documents de synthèse par filières à partir de fin 2019. Trois objectifs opérationnels ont été retenus : <ul style="list-style-type: none"> - Partager et unifier les pratiques en termes de recours à l'intérim médical (mise au point d'un cahier des charges de marché régional en lien avec la fédération hospitalière régionale et l'ARS.) - Harmoniser les conditions de travail et de rémunération des médecins hospitaliers - Structurer la mise place d'équipes médicales territoriales. Peuvent notamment être mentionnées : 	2,75

	<p>. La FMIH de cardiologie : temps partagé et intervention de cardiologues des hôpitaux périphériques sur le plateau technique du CHU.</p> <p>. En chirurgie, temps partagés et participations mutualisées à la permanence des soins, en particulier en chirurgie gynécologique. Projets de FMIH en cours d'élaboration chirurgie (digestive, urologique, ORL)</p> <p>Pour les personnels non médicaux, un COPIL constitué à partir de la CMG et de la CSIRMT, est en charge des dossiers de protocoles de coopération et d'infirmiers en pratique avancée.</p> <p>Des objectifs communs de formation continue sont définis dans une démarche de partage des pratiques professionnelles.</p>	
14	<p>Coordination des plans de formation et des instituts de formation en lien avec la refonte de l'offre régionale de formation (projet commun : les outils numériques). Une GPEC est envisagée.</p>	2
15	<p>L'exercice à temps partagé ente établissements du groupe hospitalier a précédé le GHT. Le nombre de praticiens exerçant sur plusieurs sites a augmenté de 10 % en 2018</p> <p>Le groupe hospitalier ne dispose pas de ressources lui permettant de pourvoir les autres sites. La mutualisation des ressources passe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par des (ré)organisations : pôles intersites (EHPAD, médicotchnique, parcours de soins), permanence des soins, équipe mobile gériatrique) - Des projets (création d'une pharmacie centrale). - Des outils (télémédecine, formation, politique qualité) <p>Le objectifs et les échéances sont co-définies avec l'ARS.</p>	2,75
16	<p>La mutualisation des compétences pour le PM conjugue une approche interventionnelle et un aspect prospectif sur les besoins en effectifs. Depuis fin 2017 certains recrutements sont effectués sur des profils de postes intégrant un temps partagé obligatoire. Un état précis des temps médicaux partagés établi pour le GHT et les GHT associés a été communiqué à la mission. Il montre une augmentation significative des temps partagés entre 2017 et 2019 (+40 % de médecins impliqués).</p> <p>Pour le PNM, la mobilité est subordonnée au strict volontariat. Les affectations partagées restent donc marginales. Les principales actions portent sur la formation continue avec l'intégration de formations communes aux personnels du GHT.</p>	3,25
17	<p>Peu ou pas d'initiatives sur le domaine RH PNM. Expérimentation entraide pour les urgences (PM) et critères d'attribution de la PET.</p>	1,5
18	<p>Au-delà des compétences de base (IFSI, formation) parfaitement prises en charge, le GHT met en place une coordination des DRH autour de plusieurs thèmes clefs (rémunération des contractuels, maintien dans l'emploi, publication commune des vacances, gestion du temps de travail...).</p> <p>Compte tenu de l'enjeu majeur de l'attractivité médicale du GHT, une coordination des DAM traite du recrutement des assistants partagés (avec le soutien de l'ARS), de la mise en place de postes à temps partagés, d'une stratégie commune PCEH et prime d'exercice territorial, du recours à l'intérim (mise en place d'un marché de recours aux agences, ou contrats de gré à gré) d'une cellule de recrutement chargée d'anticiper les besoins (GPEC), de constituer des viviers, de proposer des outils de pilotage communs. La préfiguration d'une DAM de territoires est engagée.</p>	3,5



Conclusion : les politiques RH sont marquées par une assez forte hétérogénéité. Le socle légal a été, sauf exception, mis en place. Les différences sont plus marquées avec certains GHT qui ont pris de l'avance sur une politique concertée et territoriale de RH médicales, ou sur certaines initiatives originales en matière de santé au travail, QVT, GPEC...

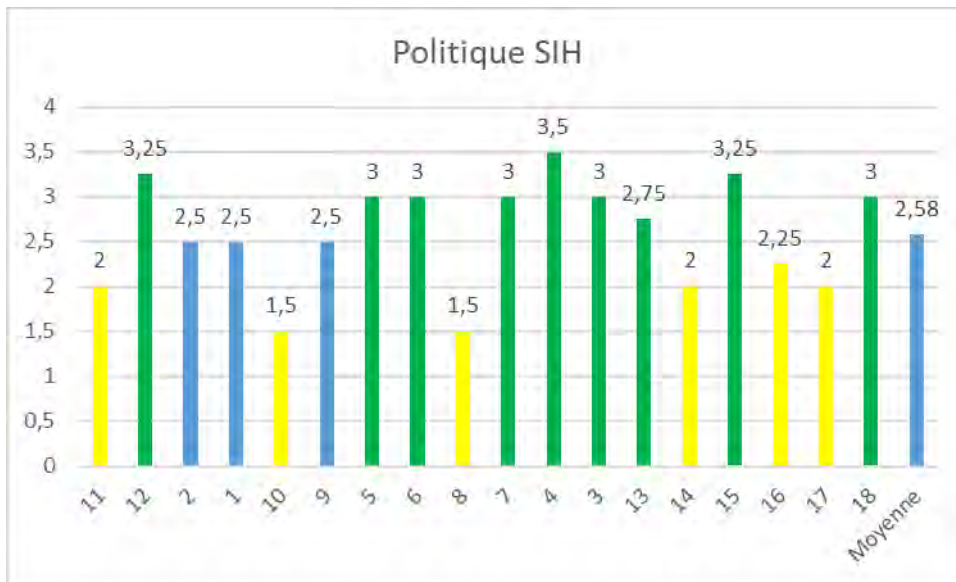
2/ Les politiques des SIH

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	La DSI de territoire est constituée et le SDSI est adopté. Toutefois le GHT est tributaire de la forte hétérogénéité des SI des établissements parties. La convergence n'est programmée que pour 2025, sur la base d'investissements importants, pour lesquels une aide Hop'en est sollicitée. Dans un premier temps, les efforts sont concentrés sur un serveur de rapprochement d'identité.	2,5
2	L'organigramme de la DSI de territoire est formalisé depuis février 2018 pour un effectif total de 46 ETP, dont 36 sur l'établissement support. La DSI de territoire définit la stratégie et les choix techniques, soumis à la validation du bureau du COSTRAT. Le SDSI est validé depuis mai 2019 et transmis à l'ARS avec comme priorité la convergence des DPI (pas avant 2023 au plus tôt), l'interopérabilité des SI, et les travaux en cours pour permettre la délégation du financement HOP'EN. Deux difficultés soulignées : pour la convergence des applicatifs, le financement d'un coût d'investissement de 7 M€, non soutenable pour des établissements majoritairement en déficit ; pour l'hébergement des données de santé, des délais de certification qui vont retarder le processus de déploiement du SDSI et un surcoût financier important en cas d'externalisation	2,5
3	La dynamique d'intégration est bien lancée ; la DSI est constituée, le SDSI adopté et sa mise en œuvre lancée en mode projet ; il comporte un objectif de DPI unique à terme, précédé d'une phase d'interopérabilité, ainsi que de nombreux projets communs dans les domaines des réseaux, de la sécurité, des	3

	gestions administrative et médicale. Un dossier de demande d'abondement Hop'en est déposé.	
4	La DSI est constituée. Le SDSI constitue le projet phare du GHT et permet de retrouver une dynamique de fonctionnement identique à celle de la CHT ; à partir d'une grande hétérogénéité, l'objectif est un SI unique, notamment un DPI unique à horizon 2022, des logiciels uniques pour PUI et laboratoires, des outils permettant l'articulation avec la ville. Le fonctionnement en mode projet est maîtrisé et porté de manière dynamique. Un dossier Hop'en est déposé.	3,5
5	La direction commune est constituée, le SDSI adopté, les projets de DPI et logiciels uniques lancés. Le périmètre fonctionnel du SDSI n'apparaît pas très large mais l'accent est mis en particulier sur l'articulation ville/hôpital. Des crédits Hop'en sont demandés.	3
6	Le SDSI du GHT vise un « système d'informations unique, commun et intégré ». L'objectif d'un DPI unique à horizon 2022 apparaît cependant d'ores et déjà optimiste ; par ailleurs, le SDSI est tributaire des situations très diverses des SI des établissements membres. Des chantiers importants sont en cours (SI gestion, SGL, imagerie, messagerie sécurisée...) pour assurer la convergence des SI. En attendant le DPI unique, le GHT a opté pour un « serveur de rapprochement d'identité territorial ». Des crédits Hop'en seront sollicités.	3
7	La DSI unique d'établissement est constituée. Le SDSI est adopté. Un dossier Hop'en a été présenté. Un identifiant patient unique est adopté et l'interopérabilité entre DPI fonctionne. La cible d'un DPI unique est fixée, par extension d'un DPI déjà déployé sur un site. Une infrastructure réseau unique existe. Le déploiement d'un SI administratif unique est acté. Parmi les thèmes prioritaires liées au GHT/établissement unique, se trouvent naturellement les outils de coopération médicale et l'informatisation des spécialités.	3
8	La politique SI du GHT est formellement adéquate : création de la DSI, adoption du SDSI, réunion d'un comité stratégique de suivi. Néanmoins, le GHT pâtit de l'hétérogénéité des SI existants, les compétences utiles ont tardé à être réunies, le DPI n'est pas choisi, les moyens de mise en œuvre pas arrêtés. Malgré des projets « métiers » concomitants, la convergence sera retardée.	1,5
9	Le GHT est tributaire d'une situation de départ très hétérogène en matière de SIH. Le SDSI est arrêté et une gouvernance commune collaborative est opérationnelle. La mise en place d'une infrastructure commune et d'outils communs est actée. L'objectif de DPI unique est adopté avec deux échéances, une relativement proche pour l'établissement support et un établissement partie, une plus lointaine pour l'ensemble du GHT.	2,5
10	Le GHT est tributaire de SI très hétérogènes. Dans ce cadre, l'objectif de court/moyen terme, qui sera présenté au soutien du programme Hop'en, reste modeste et consiste essentiellement à établir des liaisons entre établissements (infrastructure réseau), et à mener en commun certains projets : dossier administratif du patient, achats, biologie, stérilisation..	1,5
11	Le SDSI est adopté, un audit des infrastructures et réseaux a été mené. Un DSI a été nommé, mais la structuration de la DSI n'est pas stabilisée. La convergence applicative paraît amorcée sur certains métiers, mais la stratégie mérite encore d'être partagée par l'ensemble des établissements. La soutenabilité des investissements est questionnée, malgré l'aide Hop'en sollicitée.	2
12	La DSI de GHT est constituée. En l'absence de dossier médical et d'applicatifs de gestion commun, le GHT a élaboré son SDSI qu'il devra compléter compte tenu de l'intégration récente du CHS.	3

	Sans attendre le déploiement de ce schéma, une plate-forme d'échanges et partage de données médicales est mise en place. Connectée au DMP elle constitue un outil de convergence à disposition des équipes médicales et accessible aux patients, complétée par un dispositif de télémédecine (tablettes connectées) reliant CH et EHPAD du GHT.	
13	La DSI est en place. Elle fonctionne en mode projet avec un groupe de pilotage et des référents identifiés dans chacun des établissements-parties. Le SDSI est arrêté avec une phase initiale (jusqu'en 2023) de convergence technique (infrastructures- réseau, interconnexions des Pacs et quelques logiciels métiers communs). Deux scénarios de convergence du DPI sont également définis. Les échéances et les coûts d'investissement varient selon le choix d'une solution actuellement fonctionnelle pour la majorité des établissements ou d'une solution nouvelle, plus lointaine et plus coûteuse. Une candidature commune des établissements du GHT est présentée pour le programme Hop'en. De fait une priorité identifiée du GHT est la mise en œuvre d'une plateforme d'échanges et de partage constituée d'un portail accessible à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé et comportant également des services et informations pour les patients.	2,75
14	Fiche de poste d'un directeur SI de territoire, d'un RSSI, lancement schéma directeur et approbation en 2018. L'équipe commune : les recrutements sont lancés sur l'organigramme arrêté. Convergence prévue dans un délai de 5 ans. Mise en place d'un dispositif d'intégration d'application d'entreprise de territoire (interopérabilité).	2
15	La convergence est acquise. Deux seuls systèmes d'information dans le GHT avec une migration prévue en 2019-2020 pour atteindre l'unité de l'ensemble (dossier Hop'en déposé, avec un coût d'investissement soutenable). Le développement du DPI se poursuit avec les dossiers d'anesthésie et d'ophtalmologie finalisés en 2018. Les priorités de développement sont définies dans le schéma directeur : externalisation de l'infrastructure réseau, prescriptions connectées des analyses biologiques , prises de rendez-vous à distance.	3,25
16	La direction du système d'information est configurée sur un mode participatif ; Une V1 du schéma directeur a été adoptée. Le SI gestion est commun à l'ensemble du GHT mais pour le reste il existe une grande diversité des outils et des niveaux de maturité des équipes qui compliquent l'élaboration d'outils communs au GHT. La cible de convergence est définie : un logiciel GHT pour chaque domaine métier Cinq axes prioritaires : laboratoires, imagerie, DPI convergent, portail, indicateurs qualité Le calendrier et le financement restent à définir. Le DPI patient unique n'a pas fait l'objet d'un choix, aucun logiciel existant actuellement ne semblant être satisfaisant pour les utilisateurs	2,25
17	Le processus est engagé sur un mode pragmatique. Seules les applications du SI médical sont concernées. Beaucoup d'incertitudes quant aux échéances. La partition du GHT en deux sous-territoires ne favorise pas l'avancement du processus intégratif. Le rythme de constitution de la DSI ne semble pas soutenu.	2

18	La DSI de territoire est constituée. Le GHT est tributaire de la forte hétérogénéité des logiciels métiers et le SDSI adopté ne retient de ce fait que 5 orientations stratégiques : un DPI partagé (chantier mené sur la base d'une plateforme régionale d'interopérabilité), avec un identifiant patient unique, projets menés par une équipe « dossier patient » du GHT, la constitution d'un entrepôt de données médico-économiques, une démarche sécurité, hébergement. Les efforts de mutualisation de logiciels métiers entrepris depuis quelques années se poursuivent parallèlement (PACS de territoire, cellule identito-vigilance, gestion temps de travail PNM, plate-forme de télémédecine).	3
----	---	---



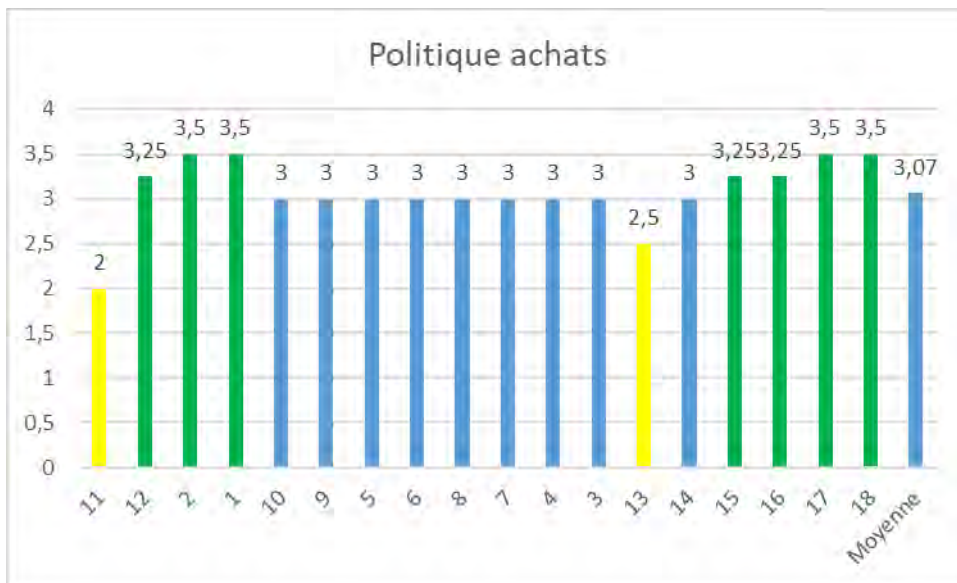
Conclusion : la convergence des SIH a connu une impulsion notable mais souffre encore dans certains cas de la forte hétérogénéité initiale entre établissements ; l'organisation de la convergence est en place (DSI-SDSI) mais les moyens peuvent être insuffisants ou pas encore assez mobilisés.

3/ Mutualisation des achats

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	La direction des achats du GHT est en place et ses priorités (sécurité juridique des achats, contrôle de gestion, ouverture de 5 départements thématiques d'achats...) sont cohérentes. Tout en priorisant les gains sur achats et la convergence en son sein (nomenclature unifiée), le GHT paraît bien mesurer les écueils d'une politique d'achat centralisée et pondère ainsi cette approche : dérogation possible au seuil de délégation ; découpages territoriaux et allotissements permettant de prendre en compte l'expression spécifique des besoins des établissements parties ; études des marchés fournisseurs et accompagnement éventuel de certains prestataires.	3,5
2	La direction des achats du GHT est opérationnelle avec des référents achats dans les établissements membres et une cellule marchés GHT. Les filières d'achats sont constituées. La sécurité juridique est la priorité du processus achat, suivie de la poursuite des gains achats. Ces deux priorités impliquent une centralisation du processus qui se traduit par une perte d'autonomie des acheteurs, une perception de complexité plus grande et des délais d'achat majorés. Des évolutions sont mentionnées pour optimiser la fonction achats : dans les pratiques (ex : démultiplication de l'allotissement pour tenir compte de la disparité des besoins selon la taille des établissements) ; dans les outils (convergence informatique) .	3,5
3	L'organisation territoriale des achats (direction commune) est mise en place et les procédures achat formalisées (segments achats attribués aux acheteurs territoriaux). Des gains significatifs sont notés. La stratégie nouvelle et la structuration des achats sont engagées, avec une maturité prévisibles à échéance de deux exercices.	3
4	L'antériorité de certaines collaborations (blanchisserie et restauration sous forme de GIP, PUI territoriale sous forme de GCS, politique d'achat commune de deux établissements...) a permis de se saisir de la politique « achat » territoriale de manière positive, avec une organisation d'ores et déjà opérationnelle (direction territoriale des achats, plan d'action achat territorial, cellule marché unique, sauf pour les délégations de signature en cours). Les gains sur achats sont significatifs.	3
5	L'intégration des politiques d'achat du GHT est réalisée ; l'établissement support promeut une vision centralisatrice (absence de délégation de signature) qui suscite certaines tensions ; il souhaite aborder, la pertinence des achats, au-delà de la régularité et de l'harmonisation.	3
6	Les compétences de l'établissement support sont assurées. La plus-value de la nouvelle organisation tient essentiellement à une sécurité accrue des procédures, et pour certains établissements membres, à des gains sur achat. Ceux-ci sont cependant globalement limités compte tenu de l'adhésion antérieure à des centrales d'achat existantes.	3
7	Pour l'ensemble des segments d'achats, les procédures sont centralisées au sein d'une cellule marché unique, qui dispose aussi d'un contrôle de gestion. La base « marché » est harmonisée, mais la base « produits » est encore en cours d'harmonisation. L'expression des besoins résulte de cadres de proximité et transite par les cadres de pôles intersites. Les gains sur achat sont suivis de manière régulière.	3
8	La politique du GHT repose sur une direction commune organisée en filières d'achats, qui a permis une montée en compétence et des gains sur achats	3

	significatifs. Une plate- forme collaborative permet le dépôt des demandes des établissements parties et leur suivi. Conscient de la lourdeur nouvelle des procédures, le GHT travaille à une meilleure prise en compte des besoins et à un accompagnement d'entreprises locales qui pourraient être perturbées par les nouveaux appels d'offres centralisés.	
9	L'organisation des achats au niveau du GHT est opérationnelle. Le modèle adopté permet une coordination structurée plus qu'une intégration. L'adhésion de l'établissement support à un groupement d'achat national a conduit à un travail de hiérarchisation des segments d'achats. Le travail de massification des achats n'a pas empêché de privilégier une certaine proximité et des circuits courts pour certains segments. Les gains sur achats sont importants.	3
10	La fonction d'achats mutualisée est mise en place selon une organisation matricielle, en fonction des compétences acquises au sein des établissements parties. Elle est favorisée par l'existence préalable d'un groupement d'achats départemental. Des marchés subsistent au niveau de chaque établissement. La sécurisation de la fonction achats est citée comme un effet positif du GHT, ainsi que le développement d'une vision stratégique des achats. En termes économiques, la capitalisation sur les efforts antérieurs et sur Phare ne permet pas, sauf exception, d'attribuer d'effet sensible au GHT.	3
11	Un comité de pilotage des achats est réuni mensuellement. La direction « achats » du GHT fonctionne et organise la convergence des marchés, sur de nombreuses thématiques ; elle s'est heurtée à des écueils techniques (logiciel marchés) et à certains inconvénients de la centralisation de la fonction achats (problèmes d'anticipation des besoins et délais de réponse, adaptation aux besoins). Des gains « achats » significatifs sont enregistrés. La fonction contrôle de gestion n'est pas créée.	2
12	Mise en place d'un comité de pilotage mensuel de la fonction achats, de délégations de signatures pour certains achats du CHS (ESAT, travaux, achats < 25 K€). Gains achats évalués à 2 M€ en 2018 ; Création d'une cellule juridique commune.	3
13	La direction des achats est constituée et opérationnelle depuis janvier 2018. Elle a géré 177 procédures de marchés dont 17 pour au moins deux établissements et 12 pour l'ensemble des membres du GHT. Pas de délégation de signature jusqu'à présent aux établissements parties même pour les marchés non soumis à procédure de mise en concurrence formalisée, quel que soit leur montant. Avec l'appui du RESAH, une cartographie de la fonction achats a été réalisée, (dépenses, ressources humaines, SI) ; une veille juridique et un contrôle de gestion ont été mis en place. Des gains achats acquis conformément aux objectifs.	2,50
14	Un accompagnement ARS avec l'appui d'un consultant (RESAH) : élaboration d'un PAAT en juillet 2017, organisation mutualisée opérationnelle en janvier 2018.	3
15	La mutualisation des achats a également précédé le GHT elle doit s'étendre au CH qui va le rejoindre en 2020 en provenance d'un autre GHT, ce qui implique un transfert de la direction achats de l'établissement support antérieur (CHU) au groupe hospitalier ;	3,25
16	Mise en place effective d'une fonction achat et marché mutualisée avec notamment constitution d'une équipe « achat » du GHT formée de 16 ETP provenant des ETS	3,25

	La Pharmacie a défini un projet pharmaceutique à l'échelle du territoire du GHT incluant les achats des produits pharmaceutiques ; Veille juridique et poursuite du programme Phare constituent deux objectifs prioritaire de la direction des achats. les établissements parties expriment une demande de délégation pour des achats de faible montant afin de réduire les délais	
17	Méthodologie rigoureuse. Le GHT est reconnu comme modèle régionalement et nationalement	3,5
18	Un comité stratégique des achats chapeaute la direction des achats. Un comité de pilotage opérationnel se réunit mensuellement. Des référents achats sont nommés dans chaque établissement, responsables de l'expression des besoins et des achats non centralisés (délégation de signature, marchés subséquents), mais aussi de certains achats mutualisés (responsabilité d'une filière sous autorité de l'établissement support). La fonction achats mutualisée dispose d'un guide commun, d'un share point et d'actions de coordination (réunions périodiques, formations, contrôle de gestion). Le service des marchés centralisé a fait gagner en sécurité juridique. Les gains sur achats sont substantiels. La segmentation des achats conduit à un recours important à des centrales d'achats. L'expression des besoins des hôpitaux de proximité a conduit à allotir de nombreux marchés.	3,5

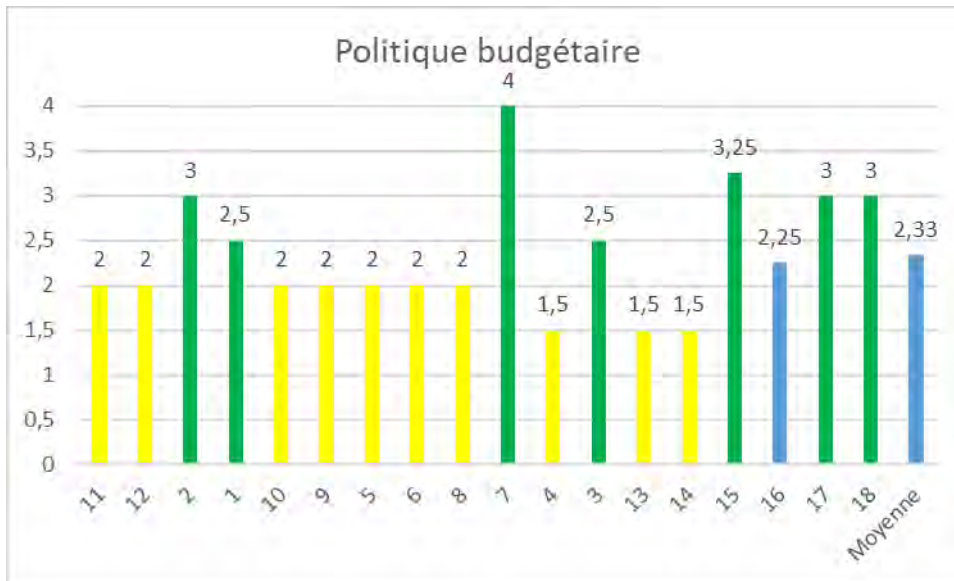


Conclusion : les politiques « achats » sont menées globalement à un bon niveau de mutualisation par l'ensemble des GHT, sans écart significatif entre eux. Elles bénéficient des efforts antérieurs en matière d'efficacité sur les achats hospitaliers (objectifs de gains sur achats, centrales d'achats...).

4/ Mutualisation politique budgétaire

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le budget G est régulièrement constitué et regroupe pour l'essentiel des charges de personnels, sans que tous les personnels affectés à une fonction commune y soient inscrits, pour des raisons d'acceptabilité de la charge par les établissements parties.	2,5
2	Pour la fonction finances, la mutualisation repose sur le budget G assorti d'un dispositif de supervision financière (avis du COSTRAT sur l'EPRD et le PGFP des établissements). Le budget G, en croissance, comporte essentiellement des charges de personnel. Les contributions des établissements membres, en augmentation, entraînent des critiques, qui conduisent à la mise en place d'une concertation préalable à la construction de l'EPRD 2020. Au-delà, ouverture de démarches de réflexion coordonnée : sur l'investissement immobilier à partir d'un état des lieux du patrimoine ; sur la formalisation des PGFP ; sur la comptabilité analytique ; sur la fiabilisation des comptes. L'approfondissement de ces démarches intégratives implique une convergence des outils SI, sans aller jusqu'à l'unification des PGFP et des trésoreries que l'établissement support, logiquement, n'envisage pas sans fusion.	3
3	Le facteur favorable lié à la direction commune de 5 établissements est noté. Une réflexion commune sur un futur schéma directeur immobilier et architectural est lancée. Un DIM de territoire est en place et permet des analyses transversales et un suivi d'activité de GHT. Un entrepôt de données commun est en cours de constitution.	2,5
4	Le budget G est créé sans originalité. L'historique complexe des conventions de coopérations croisées lui ôte cependant toute représentativité.	1,5
5	Le budget G finance en particulier l'équipe SI.	2
6	Aucune mutualisation particulière, au-delà du budget G.	2
7	Le GHT étant constitué d'un seul établissement ne dispose évidemment pas d'un budget G. Depuis la fusion, le budget, la trésorerie et le pgfp sont ceux de l'établissement unique, ce qui a permis d'établir des synergies entre sites dans ces domaines. Le DIM d'établissement est en même temps chef du pôle finances/Contrôle de gestion/SI/information médicale.	4
8	Le Budget G du GHT traduit une volonté de mutualisation pertinente.	2
9	Le budget G apparaît minimaliste ; aucune autre initiative signalée dans le domaine budgétaire ou financier (perspective trésorerie commune et PGFP unique, mais sans décision actuelle).	2
10	Sans spécificité	2
11	Le budget G est constitué et porte des effectifs des fonctions SIH, achats, DIM et pilotage. Le GHT n'a pas, à ce stade, anticipé de coordination budgétaire au niveau territorial.	2
12	La clé de répartition du budget G (75 % CHU, 13 % CH, 12 % CHS) reste un sujet de discussions entre CHU et CHS. Pas d'autre réalisation à signaler sur le plan des outils de mutualisation financière mais la solidité financière du CHU a joué un rôle essentiel dans l'intégration des CH du territoire en facilitant des fusions ou directions communes.	2

13	Le budget G est mis en place avec une montée en charge modérée afin d'éviter des oppositions avec les établissements parties ; Pas d'autre action de mutualisation dans ce domaine, ni d'objectif complémentaire énoncé	1,5
14	Budget G créé. Pas de direction commune. Pas de mutualisations autres. Indépendance stricte des établissements parties	1,5
15	La mutualisation des finances est par hypothèse inscrite dans l'intégration institutionnelle de l'ensemble hospitalier, le budget G n'ayant d'utilité que pour encadrer les relations avec les EHPAD au titre des fonctions mutualisées. Une culture commune de la gestion financière, des objectifs d'efficience et du contrôle de gestion restera à consolider après la mise en œuvre de la fusion de janvier 2020	3,25
16	Le budget G est construit avec une montée en charge progressive des effectifs des fonctions mutualisées (achats et SIH principalement). Dans le domaine du contrôle de gestion, un guide pratique d'utilisation des unités d'œuvre et de calcul des coûts de revient est en cours d'élaboration Des divergences d'appréciation demeurent sur les modalités financières de mise à disposition de personnel (médecins en particulier) de l'établissement support aux établissements membres (facturation de frais de gestion notamment).	2,25
17	Une agrégation des résultats est établie. Les EPRD sont examinés en COSTRAT. Le budget G est scrupuleusement alimenté. Un engagement fort du GHT.	3
18	Le budget G est utilisé conformément à son objet (coûts de gestion inhérents au pilotage) mais laisse néanmoins la place à des procédures de conventionnement entre établissements (prestations remboursées). Le GHT a mis en place une consolidation et un suivi des données budgétaires et financières des établissements MCO parties, ainsi qu'un tableau de bord élargi à d'autres indicateurs (activité, valorisation de l'activité, performance, ressources humaines, absentéisme, intérim...), pour l'ensemble des établissements parties. La mutualisation des fonctions DIM permet d'apporter à ce tableau de bord de nombreux indicateurs complémentaires, à partir de la base PMSI de GHT opérationnelle depuis début 2019.	3



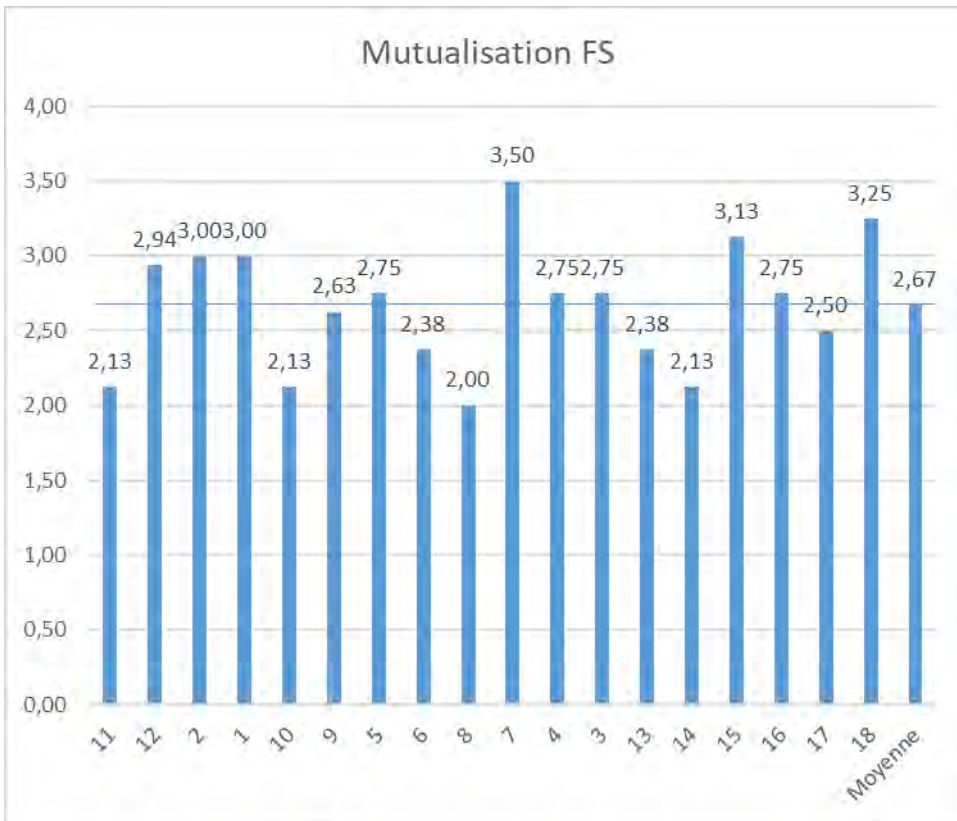
Conclusion : le niveau de mutualisation des politiques budgétaires, menée globalement *a minima*, dépasse rarement le socle légal (budget G).

Synthèse mutualisation des fonctions support

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4 (Moyenne)
1	Le rapprochement des politiques de gestion des RH médicales constitue une caractéristique originale et forte du GHT, qui comporte également une direction des achats efficace mais soucieuse de préserver les intérêts de tous les établissements parties. La convergence des SIH reste tributaire de l'hétérogénéité initiale au sein du GHT, malgré l'intégration réussie des équipes et le lancement du SDSI avec un premier objectif de mise en place d'un serveur de rapprochement d'identité patients. La mutualisation budgétaire ne présente pas d'originalité.	3
2	Des actions construites sont menées pour l'harmonisation de la gestion des RH médicales et non médicales (recrutement, formation, modalités d'exercice multi sites notamment) en cohérence avec les dispositions réglementaires, dans un contexte de démographie médicale tendue porteur de mutualisations. La fonction achats est sur les rails, soucieuse d'un équilibre entre standardisation des procédures et réponse aux besoins d'établissements de taille modeste. La convergence des SIH, dont les fondations sont posées, reste un chantier long et lourd, notamment du fait des disparités initiales et de capacités d'investissement dégradées. La démarche de mutualisation budgétaire conjugue ambition (réflexion qualitative coordonnée sur le budget G,	3

	l'investissement, et la fiabilité des comptes notamment) et délimitation (pas de fusion des PGFP et des trésoreries sans fusion d'établissements).	
3	Les politiques achat et SI sont intégrées de manière dynamique à la mise en œuvre du GHT, les politiques RH présentent également quelques aspects originaux. Une réflexion commune sur un schéma directeur immobilier commun est lancée.	2,7
4	Le niveau de mutualisation des fonctions support paraît très satisfaisant, favorisé par l'antériorité des collaborations en matière d'achats et un volontarisme certain sur les SI.	2,75
5	Les mutualisations de fonctions support sont favorablement engagées, avec quelques aspects originaux à noter (GPMC, ouverture du SI sur la ville) et malgré des tensions liées à une vision volontariste de l'établissement support.	2,7
6	Les compétences de l'établissement support sur les fonctions achats et SI sont bien prises en charge, des projets lourds engagés en particulier sur la convergence des SI. Les mutualisations en matière RH et budget sont menées a minima.	2,3
7	Sur le chemin de la mutualisation complète, l'établissement, résultat de la fusion récente de plusieurs anciens établissements autonomes, reste cependant encore tributaire de situations diversifiées, notamment en matière informatique. Mais, par définition, le GHT constitué d'un établissement unique dispose déjà d'une organisation support unifiée.	3,5
8	La politique des achats du GHT est menée de manière efficace et pertinente avec une attention portée aux possibles travers de la centralisation. Par contre la politique SI pâtit de l'hétérogénéité des systèmes existants et de problèmes conjoncturels d'organisation –malgré la mise en place formelle de la DSI et du SDSI; la convergence organisée par un DPI sera retardée. Les politiques RH et budgétaires sont menées <i>a minima</i>.	2
9	Globalement les politiques menées sur les fonctions support répondent bien aux attentes de mutualisation, malgré des situations initiales qui n'apparaissent pas systématiquement favorables (SIH); elles sont portées de manière dynamique et sans heurt interne.	2,6
10	A l'exception de la fonction achats, qui bénéficie d'une antériorité de la collaboration sur le territoire, les fonctions support sont mutualisées <i>a minima</i> et sans spécificité.	2,1
11	Le fonctions SIH et achats se mettent en place difficilement au niveau du GHT et paraissent souffrir soit d'un manque de compétences et de moyens, soit de difficultés techniques, soit d'un manque d'adhésion stratégique. Le budget G est opérationnel. Compte tenu des besoins territoriaux, la politique RH est impulsée de manière assez volontariste.	2
12	Au-delà des documents socles des mutualisations, (PMP, SDSI) des mesures opérationnelles ont été mises en oeuvre dans deux domaines majeurs : l'organisation des urgences sur le territoire et la plateforme numérique de partage d'informations médicales. De même pour la territorialisation de la fonction achats. Pas d'expérience définie ou en cours de mutualisation financière	3
13	Un investissement important dans le domaine de la mutualisation des RH médicales face aux tensions de la	2,4

	<p>démographie professionnelle. Les résultats ne sont encore que partiellement mesurables.</p> <p>La démarche de mutualisation SI est construite et effectivement engagée.</p> <p>Dans le domaine des achats les fondamentaux sont posés Dans le domaine des finances la mutualisation est minimale</p>	
14	<p>Une conduite prudente voire frileuse des mutualisations ; peut-être le gage de la cohésion et de la sérénité?</p>	2,1
15	<p>Les mutualisations sont facilitées par le modèle intégré de ce GHT. Et l'unité quasi-complète du SI. Des projets et démarches innovantes maintiennent une dynamique forte pour les développer et les consolider.</p>	3,1
16	<p>Des avancées significatives dans la mutualisation des RH notamment médicales. Des projets sont établis sur la convergence des SI. La fonction achat est mutualisée pour l'ensemble du GHT. Les réalisations sont plus modestes dans le domaine des finances</p>	2,75
17	<p>Un GHT entravé par un territoire marqué par une partition naturelle et géographique ; les politiques RH et SI sont assez peu soutenues, contrairement aux politiques d'achats mutualisés et la mise en œuvre du budget G.</p>	2,5
18	<p>Les travaux relatifs aux fonctions support sont menés avec un fort dynamisme et une capacité d'anticipation réelle par rapport aux évolutions de textes récentes ou à venir, notamment dans le domaine des ressources humaines et d'un pilotage consolidé de GHT. La fonction achats est pilotée avec professionnalisme, sans négliger les besoins des hôpitaux de proximité. Compte tenu de l'hétérogénéité des SI au sein du GHT, la priorité est donnée au dossier patient partagé, et à un programme ciblé de déploiement de logiciels communs.</p>	3,25



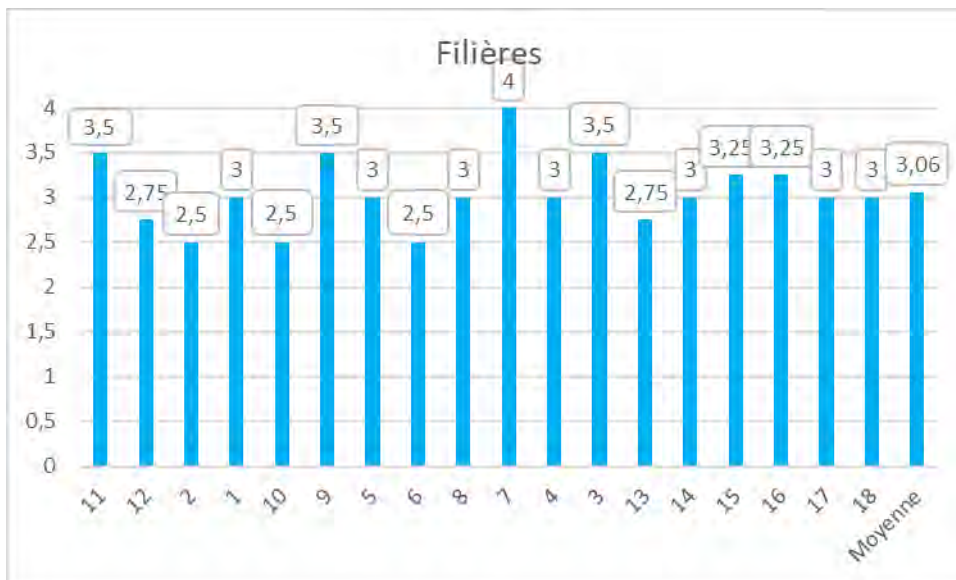
Annexe 2D. Filières de soins

1/ Nombre et pertinence des filières couvertes

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le projet médical partagé du GHT approuvé début 2018 compte 11 filières. Ses orientations générales sont pertinentes au regard de la constitution d'un GHT (Garantir à la population l'égalité d'accès à l'offre de soins, quels que soient le lieu et le mode d'entrée dans le parcours ; faire émerger une stratégie de groupe ; porter une attention particulière aux patients en situation de handicap, de précarité ou en difficulté psychique ; promouvoir les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle ; faire évoluer les modalités de gestion des ressources médicales ; constituer des filières de prise en charge de qualité, coordonnées et graduées).	3
2	Le PMP approuvé en septembre 2017, identifiait 7 filières prioritaires, sans la psychiatrie, l'EPSM, bien qu'officiellement membre du GHT refusant d'y participer. Depuis son intégration effective fin 2018, il est convenu que le projet médical de l'établissement, dès lors qu'il sera validé par le COSTRAT (ordre du jour novembre 2019), sera celui de la filière psychiatrie. Parmi les 7 filières prioritaires, le collège médical en a identifié 4 principales (gériatrie, urgences, médecine polyvalente, psychiatrie). Les orientations générales sont indiscutables (la qualité pour tout patient, le parcours de soins, la répartition des prises en charge entre plusieurs établissements : au bon endroit au bon moment. Il en est de même pour les leviers retenus : équipes médicales de territoire, postes partagés, entrées directes, consultations avancées.	2,5
3	Le projet médico soignant couvre 12 filières - conformes au socle imposé par l'ARS (classées en thématiques populationnelles- personnes âgées, santé mentale..., organisationnelles, SSR, urgences... ; et spécialités, oncologie, vasculaire...) et 3 filières médico-techniques. Le PMS comporte plusieurs thématiques transversales (permanence des soins, HAD, articulation avec le premier recours, qualité..).	3,5
4	Le PMP couvre 11 filières médicales et 3 médico-techniques, répondant ainsi aux préconisations ARS. Trois « plateformes transverses » traitent des SSR, de l'HAD et de la santé publique.	3
5	Sans être exhaustif, le PMSP couvre 8 filières et 5 thématiques transversales importantes ; il porte une dimension sociétale et santé publique assez originale. Certains parcours patients sont ainsi analysés en fonction non d'un domaine thérapeutique mais d'une caractéristique patient (grand âge, adolescence, handicap). Les thématiques transversales permettent de décloisonner certaines approches (alimentation, éducation thérapeutique, lutte contre les risques infectieux, télémédecine et consultations avancées, développement durable).	3
6	Huit filières (dont la prévention) sont couvertes par le PMP dont 4 jugées prioritaires (cardiologie/chirurgie/médecine/gériatrie) ; les filières médico-techniques ne sont pas traitées ; l'adoption du PMP a nécessité divers amendements pour assurer l'accord des différentes communautés- ce	2,5

	qui n'enlève rien aux travaux approfondis menés dans la phase d'élaboration et à l'ampleur des documents de diagnostic et programmation.	
7	Le PMP est le projet médical de l'établissement. Il couvre l'intégralité des activités, soit 22 filières et 3 filières médico-techniques. La présentation en est très opérationnelle et rassemble pour chaque filière des éléments de contexte, une série d'actions clefs et les partenariats engagés.	4
8	Le PMP actualisé traite de 14 filières et deux filières support (biologie et imagerie). L'approche adoptée permet d'identifier les ressources actuelles, les postes partagés, les coopérations existantes et envisagées, et selon les filières, les projets coopératifs à mener, les moyens d'éviter les passages aux urgences. Le PMP constitue ainsi un document cohérent avec l'approche territoriale, la recherche de prises en charge graduées et de qualité.	3
9	Porté par la dynamique antérieure de la CHT, le GHT et sa communauté médicale ont produit une réflexion de très bon niveau et le PMSP reflète ainsi de manière très positive les enjeux territoriaux en matière de démographie médicale et de construction de filières.	3,5
10	Le PMSP traite de 25 filières avec 6 enjeux prioritaires (accessibilité et attractivité de l'offre, qualité et sécurité, développement de l'offre en cas d'insuffisance, optimisation des ressources, accompagnement des mutations, recherche et innovation) mais sans lien avec la gradation des prises en charge. Le lien avec la démarche qualité est affirmée. Des axes transversaux sont affichés : télémédecine, attractivité médicale..	2,5
11	Le PMP est un document riche produit d'un travail participatif approfondi couvrant 8 filières médicales, 3 médico-techniques , 5 thématiques transversales.	3,5
12	Vingt filières sont identifiées dans le PMP qui est un document particulièrement approfondi. Un projet a été présenté pour la filière psychiatrie lors de l'intégration du CHS dans le GHT (4 axes : addictologie, soins aux détenus, périnatalité, urgences). L'ensemble des champs d'activités médicales est ainsi couvert, même si le degré d'avancement reste variable selon les filières dont certaines sont à construire (cancérologie, chirurgie orthopédique).	2,75
13	Le PMP approuvé par l'ARS en nov. 2017 comporte 4 axes stratégiques pour 14 filières de soins qui couvrent l'ensemble de l'offre hospitalière de proximité et de recours : 3 par pathologie (cancérologie, cardiologie, santé mentale), 3 par approche populationnelle (personnes âgées, pédiatrie, périnatalité) et 8 selon le mode de prise en charge (notamment urgences, réanimation, proximité/premier recours, SSR/HAD, chirurgies, imagerie, biologie, télémédecine. Il a fait l'objet d'une large approbation par les instances du GHT.	2,75
14	11 filières ; individualisation de 6 filières par l'ARS + deux choix opérés par le GHT (oncologie et maladies chroniques). Un projet médico-technique fort : vers une PUI de territoire.	3
15	Une meilleure structuration des parcours de soins est la première priorité du projet médical du GHT avec un renforcement des liens ville-hôpital médico-social, la mise à disposition des établissements de proximité d'équipes mobiles et de consultations avancées et la régulation des urgences grâce à un projet territorial des urgences (unité de régulation pour la gestion des capacités GHT, gradation SAU SNP, SMUR). Le projet médical priorise aussi les personnes âgées pour permettre le développement des prises en charge de proximité en interaction étroite avec tous les membres du GHT pour réguler les transferts vers l'hôpital. Les filières identifiées concernent la santé mentale (projet territorial en cours d'élaboration, addiction, psychiatrie périnatalité.), les maladies	3,25

	chroniques (diabète, insuffisance cardiaque), le cancer (développement de l'oncogériatrie) et la prise en charge des populations défavorisées.	
16	Le PMP comptait initialement 11 filières et désormais (15) : urgences, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, médecine intensive, personnes âgées, femme-mère-enfant, le SSR, la psychiatrie et les disciplines techniques (biologie, imagerie, pharmacie). Les soins palliatifs ont été identifiés en tant que filière du GHT en 2018 et l'HAD et la Cancérologie en 2019.	3,25
17	8 filières : prise en charge pathologies (psy - chir - gériatrie), responsabilité populationnelle (Urgences) et mode de prise en charge (Cancéro - FME - soins critiques - neuro-vasculaire)	3
18	Le PMP développe 20 filières médicales et médico-techniques pertinentes au regard des priorités territoriales et cohérentes avec le PRS. Il s'appuie sur 4 axes transversaux (qualité et sécurité des soins, attractivité des emplois médicaux, recherche médicale, constitution d'un DPI partagé).	3



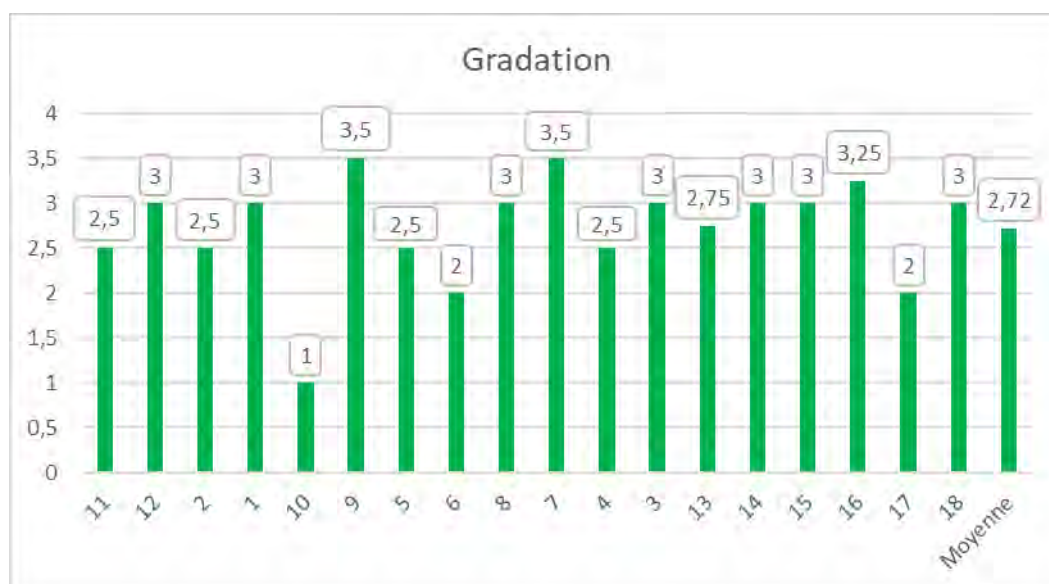
2/ Objectifs gradation des prises en charges

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	<p>La présence d'un EPSM partie garantit la structuration de la filière psychiatrie du GHT. Dans la filière chirurgie, on note la mise en place de postes d'assistants partagés et de consultations avancées. Dans la filière gériatrie : des entrées directes des patients gériatriques sans passer par les urgences, une expérimentation de la télé-médecine et un conventionnement avec les HAD du territoire pour faciliter le retour à domicile. Dans le domaine des urgences, la mise en place d'une équipe territoriale (assistants partagés, praticiens à temps partagé) et la coordination de transferts vers des établissements du GHT depuis les urgences grâce à la cellule de gestion de gestion des lits. La filière neuro-vasculaire du GHT a conduit le déploiement du télé-AVC et un travail sur le retour précoce des patients post-AVC vers leur établissement de proximité. La structuration territoriale de l'imagerie médicale à l'échelle du GHT fait l'objet d'un travail soutenu avec le déploiement de la télé-expertise, l'intégration du service d'imagerie médicale d'un établissement partie au pôle de l'établissement support et l'accès au PACS progressivement pour tous les établissements.</p>	3
2	<p>La mission, à partir des documents présentés en réunion, retient les éléments suivants.</p> <p>La participation différée de l'EPSM ne permet pas de visibilité sur ce point pour la psychiatrie.</p> <p>Pour la gériatrie, la création d'une fédération est actée avec comme objectif 3 niveaux de prise en charge : une gériatrie résidentielle (EHPAD), une hospitalisation de proximité avec une organisation des transferts, et une gériatrie de recours avec des staffs permettant des échanges autour de situations médicales spécifiques. La place de l'ambulatoire et celle de l'HAD ne sont toutefois pas précisées.</p> <p>Pour les urgences, la réflexion est approfondie et avancée mais reste à valider afin d'organiser l'activité dans trois pôles publics d'urgence, fondés sur des équipes de territoire au lieu des 5 SAU actuels du GHT, 2 devenant des centres de soins non programmés.</p> <p>Enfin pour l'imagerie, un projet de plateau d'imagerie médicale mutualisée a été élaboré et validé dans son principe par le COSTRAT; Il tient compte des insuffisances de radiologues, de l'implantation des équipements, des possibilités de transferts d'images, pour proposer un champ de collaboration allant au-delà du GHT. En effet, il s'élargit aux radiologues libéraux de Maine image Santé dans un partenariat portant sur l'imagerie de la femme, la radiologie interventionnelle, avec pour la permanence des soins une ligne de garde au CH du Mans et une ligne de télé radiologie territoriale public-privé.</p> <p>De manière transversale, il y a lieu de noter l'effort de développement des consultations avancées dans plusieurs disciplines chirurgicales mais également en médecine vasculaire</p>	2,5
3	<p>Plusieurs projets de gradation effective sont actuellement menés (chirurgie, ICC...maternité, neurologie, cancérologie). Trois pôles inter établissements (mères-enfants, samu-urgences, chirurgie-anesthésie) sont constitués. Plusieurs FMIH et équipes médicales territoriales fonctionnent.</p>	3
4	<p>L'antériorité des politiques menées au sein de la CHT permet d'afficher des réalisations significatives, en avance sur celles d'autres GHT récents : chirurgie, 3 filières communes médico-techniques, HAD, onco-hématologie. Par contre la dynamique n'a pas été retrouvée dans le PMP actuel, peu détaillé, qui doit d'ailleurs être repris prochainement.</p> <p>L'articulation avec la ville fait l'objet d'une approche populationnelle originale.</p>	2,5

5	Les objectifs de gradation par filière sont identifiés mais les obstacles liés à la situation de la démographie médicale freinent la mise en œuvre. Certains projets se heurtent à des difficultés compte tenu de la situation des équipes concernées (neuro-cardio, addictions...) ; d'autres ont cependant profité de l'appui de l'ARS (santé mentale). Des consultations avancées sont mises en place dans les établissements membres, par conventions avec l'établissement support.	2,5
6	Les objectifs de gradation sont énoncés de manière claire dans le PMP. Le GHT souffre cependant de manière structurelle d'une partition territoriale (deux établissements importants sans collaboration établie), du manque d'intégration de la psychiatrie, de filières d'adressage tournées vers le privé et certains établissements d'une région voisine.	2
7	Les complémentarités et partenariats intersites sont recherchés à travers la constitution de 12 pôles (dont 4 médico-techniques : pharmacie, biopathologie, radiologie, blocs opératoires et 8 cliniques), 3 fédérations (adolescents, recherche, fertilité) et un comité de coordination en cancérologie. La PDESES est organisée au niveau territorial. La PUI unique est autorisée. Un laboratoire intersite existe depuis 2012. Plusieurs filières fonctionnent selon une logique de gradation ou partage de compétences intersites : neurologie, gériatrie, urologie, obésité, urgences... Une rationalisation des implantations des chirurgies en orthopédie et cardiologie est en projet pour 2020.	3,5
8	La description actuelle et prospective des filières repose sur l'identification concrète des gradations et coordination possibles : organisation de la prise en charge des poussées d'insuffisance cardiaque des sujets âgés dans le cadre de l'urgence ; coopération pédiatres-IDE clinicienne pour la prise en charge du diabète insulino-dépendant de l'enfant ; évolution de l'organisation des activités de cardiologie ; mutualisation des moyens en néphrologie ; Fédération Chirurgicale Inter Hospitalière d'orthopédie ; cohérence entre le PMP et le Projet Territorial de Santé Mentale ; Fédération Médicale Inter Hospitalière De Soins Critiques.	3
9	Les objectifs de gradation sont bien explicités et la mise en œuvre est bien avancée dans plusieurs filières (hygiène-infectiologie, maladies chroniques, urgence et réanimation, maladies chroniques, filière gérontologique, pharmacie), favorisée par l'antériorité des coopérations médicales territoriales. Les principes de gradation des 10 filières traitées sont bien décrits ¹⁰ , ainsi que les modalités d'organisation territoriale des trois filières médico-techniques.	3,5
10	Les objectifs de gradation des prises en charge sont très peu présents. Le PMSP est clairement tributaire de la partition du territoire en deux bassins de population relativement étanches et deux établissements sans coopération. Au sein des deux bassins, la gradation des prises en charge entre établissement « principal » et établissements « reliés » (et sous-direction commune) était acquise avant la mise en place du GHT.	1
11	La forte dynamique initiale semble avoir été freinée par le délai d'approbation du PMP et la lourdeur de la mise en œuvre en mode projet. Des filières ont progressé en termes de structuration (urgences, neurologie, gériatrie) et le GHT bénéficie d'un acquis historique certain dans ce domaine (chirurgie, obstétrique), de même que pour certaines collaborations médico-techniques	2,5

¹⁰ Développement de "cliniques pluridisciplinaires" au CHU, au service du GHT (guichet unique); 5 à ce jour dont la clinique du pied diabétique, la clinique de la sclérose en plaques. Un groupe pluridisciplinaire "parcours patient" du GHT. Un parcours de soins Insuffisance rénale chronique. RCP de GHT, staffs communs, CLIN du GHT. Importante mutualisation en oncologie.

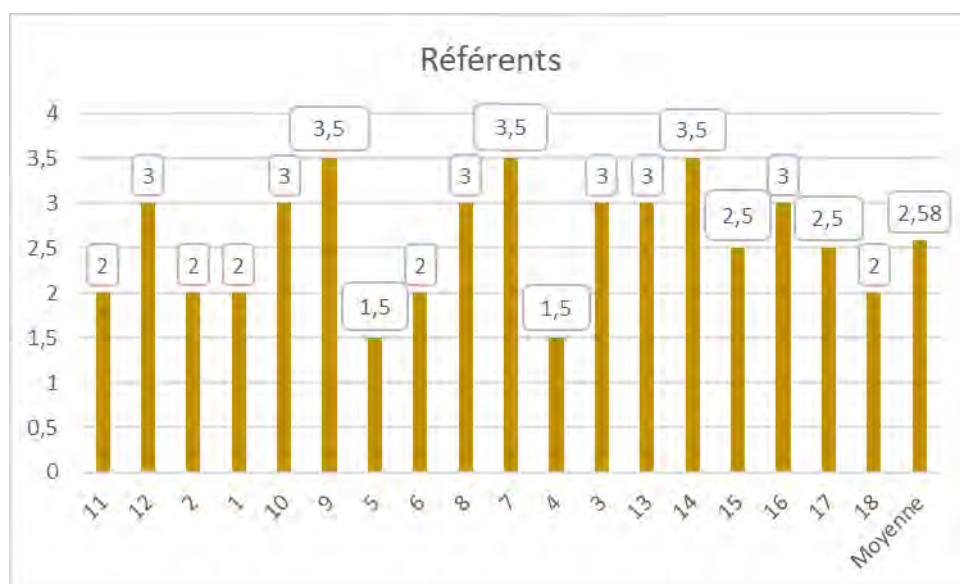
	(GCS laboratoire de biologie). Mais plusieurs filières peinent à progresser (cardiologie, oncologie, radiologie) ou sont en attente d'autorisations (MPR).	
12	La dynamique de gradation des prises en charge, dont l'un des éléments d'articulation est constitué par les consultations avancées se traduit dans de nombreuses actions qui constituent parfois une réorganisation d'ensemble (filière urgences) ou une consolidation des liens entre acteurs de la filière (entre CH et EHPAD dans la filière gériatrique)	3
13	La gradation des prises en charge est prise en compte, dans les propositions de l'établissement support, compte tenu, pour certaines filières de l'intégration de précisions ou clarifications demandés par l'ARS sur les articulations avec les autres acteurs de soins ou du médicosocial (en cancérologie, périnatalité, santé mentale) ainsi que sur l'organisation et le développement de l'ambulatoire en chirurgie comme en médecine. Pas encore d'objectif de restructuration de l'offre de soins porté par le GHT.	2,75
14	La gradation des prises en charge est bien prise en compte. Des exemples concrets fournis comme la cancérologie ou encore les maladies chroniques.	3
15	La gradation des prises en charge se retrouve dans les projets de filières. Elle repose aussi repose sur une approche populationnelle originale ciblée sur le diabète (6800 patients) et l'insuffisance cardiaque (3300 patients). Expérimentation menée dans 5 autres GHT et qui bénéficie d'un accompagnement financier.	3
16	La gradation des prises en charge est tracée par exemple dans 9 fiches de prises en charge pour les urgences vitales Sur le plan organisationnel deux applications particulières : la filière gériatrique avec l'intervention d'équipes mobiles et des astreintes communes aux établissements du GHT : et la périnatalité avec des astreintes organisées dans le cadre du réseau. La mise en place de FMIH (neuro-cardio-pneumo, addictologie) contribue à l'objectif, comme la télé- AVC	3,25
17	Evoqué de manière incidente sur les descriptions de filières.	2
18	Le PMP est basé sur une volonté de gradation des soins, compte tenu d'un territoire composé de plusieurs bassins de population, disposant chacun d'au moins un établissement MCO et de plusieurs établissements de proximité. S'agissant des plateaux techniques, sont traités les blocs opératoires (démarches d'optimisation), l'anesthésie (équipe médicale de territoire), la biologie (laboratoire unique multisite), l'imagerie (conservation des explorations de proximité et renforcement de l'organisation graduée). S'agissant des filières médicales, les urgences (organisation selon la typologie des patients, pilotage par une commission territoriale, création de Centres de soins non programmés), la cancérologie (formalisation des parcours, organisation graduée pour les chimiothérapies), SSR (travail en réseau pour certaines filières spécialisées, notamment grâce à une équipe mobile), pédiatrie. Le placement d'assistants en temps partagé est efficace pour maintenir l'accès aux soins territorial (chirurgie orthopédique, ophtalmologie..).	3



3/ Référent et/ou groupe de travail de filière

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Les filières qui atteignent le mieux les objectifs fixés par le PMP sont portées par des leaders médicaux identifiés. Pour autant, il n'existe pas de politique institutionnelle de désignation de porteurs de filières.	2
2	Les référents des filières sont désignés et les groupes de travail constitués, mais la continuité des travaux et l'avancement de la réflexion sont très inégaux selon les filières (<i>cf supra</i>).	2
3	Des référents de filière et un directeur référent sont désignés. Un comité de pilotage de filière est constitué. Des objectifs stratégiques et opérationnels par filière sont définis. Toutes les filières sont fortement structurées.	3
4	Le pilotage du PMP actuel (feuille de route confiée à des porteurs de filières, maîtrise d'ouvrage par la Commission stratégique opérationnelle, reporting à la CSO) n'a pas été lancé.	1,5
5	Dans le cadre de la relance du collège médical, un triumvirat « médecin-soignant-administratif » sera désigné pour piloter chaque thème ; mais ce n'est pas encore le cas.	1,5
6	Pour les quatre filières prioritaires, des lettres de mission ont été adressées à des référents désignés en charge de mener les travaux. Cette démarche récente doit être confirmée et faire la preuve de son efficacité.	2
7	Les chefs de pôles sont les porteurs de filières. Les contrats de pôle contiennent des fiches actions détaillées dont la mise en œuvre doit s'étaler sur 4 ans et qui font l'objet d'un suivi.	3,5
8	Un trio de filière (médecin, soignant, administratif) est désigné pour chaque filière et porte les travaux d'organisation et de suivi.	3
9	Les filières sont pilotées par des leaders motivés qui suivent les actions entreprises de manière claire. Un programme d'actions prioritaires annuel permet de suivre les actions entreprises ; un bilan annuel en est dressé.	3,5

10	Le fonctionnement en mode projet et la déclinaison des objectifs en plan d'actions sont bien assurés par la gouvernance qui supervise le portage par des chefs de projets .	3
11	Le suivi en mode projet est prévu et détaillé dans le PMP mais il ne paraît pas-sauf exception- assumable par les équipes médico-administratives. Un bilan a été dressé en mai 2019 montrant que 60 % des actions prévues ne sont pas lancées. Certaines filières peuvent cependant progresser sans modalité de travail précisée.	2
12	Le pilotage en mode projet est organisé et se caractérise par la mise en œuvre et le suivi du PMP entre les référents médicaux, les groupes de travail par filières, et la direction des territoires et des coopérations. Des groupes de travail psychiatrie ont été constitués sujet à l'intégration du CHS dans le GHT pour chacun des 4 axes de la filière. Le niveau de réalisation des objectifs du PMP n'a pu être documenté , sauf pour la filière urgences	3
13	Des groupes de travail inter-établissements sont constitués avec 2 à 3 référents par filières ; Ils se réunissent régulièrement pour la plupart et travaillent à progresser sur les objectifs fixés. Des difficultés sont toutefois mentionnées pour maintenir une implication collective des acteurs en Imagerie et en périnatalité. L'élaboration d'un PTSM est engagée dans la filière santé mentale.	3
14	Trinômes de filière, groupe de travail de filière et groupe qualité. Un comité opérationnel des parcours complète le dispositif, de manière originale, avec pour compétence de suivre la mise en œuvre du PMP et de l'articuler avec les objectifs de qualité. Le management du PMSP a été décrit à titre exemplaire par l'ANAP.	3,5
15	Le fonctionnement du GHT repose sur un historique de coopérations mais aussi sur une dynamique constante renouvelée en dehors de l'effort particulier développé sur les des projets en cours d'élaboration ou de déploiement (santé mentale, urgences, pathologies diabète et insuffisance cardiaque en lien avec 4 autres GHT hors région	2,5
16	Le GHT est considéré comme un cadre pour des filières pas toujours suffisamment structurées. Le lien des référents de filières avec le président du collège médical est opérationnel.	3
17	Comité de suivi, suivi global et par filière. Un référent de filière. Indicateurs de suivi, échéances mais pas de tableau de bord	2,5
18	La définition précise d'une fiche de poste pour les porteurs de projets est susceptible de leur conférer une plus grande légitimité. La formalisation du suivi de mise en œuvre du PMP paraît perfectible.	2



4/ Intégration politique qualité et filières

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	La politique qualité du GHT bénéficie d'une gouvernance structurée (comité de pilotage, groupes de travail), d'un projet spécifique adopté et d'un SI commun permettant de piloter la démarche. Celle-ci a conduit à lancer des travaux communs au niveau du GHT, notamment sur le compte qualité, et la démarche de certification conjointe, autour de plusieurs axes (gestion des risques, sécurisation des prises en charge, développement d'une culture commune...); des actions concrètes sont lancées (charte de déclaration des EI, patients traceurs, EPP). L'articulation avec le PSP ne paraît cependant pas optimale.	3
2	Ce point n'a pu être évalué par la mission.	
3	La politique qualité territoriale est en cours d'élaboration mais figure en bonne place parmi les thématiques transversales du PMS.	2,5
4	La politique qualité est un axe stratégique du Projet soignant et elle est portée par une communauté dynamique.	3
5	L'amélioration de la qualité fait partie intégrante du PMP et le management territorial de la qualité est porté par la gouvernance (actions communes, harmonisation des méthodes); certaines thématiques transversales du PMSP permettent de conforter la politique qualité.	2,5
6	De nombreux thèmes commencent à être traités de manière variable dans le cadre du GHT (signalement et analyse des EIG, plaies chroniques, troubles de la déglutition, transmissions paramédicales, lancement de travaux sur la patient traceur dans la perspective de la certification V2020) qui s'est doté d'une commission spécialisée et de groupes de travail thématiques actifs.	3
7	Le projet médical fait de la qualité/gestion des risques un objectif clef, dans le cadre de la mise en place de filières graduées de prise en charge. Un des axes du PSP est consacré à la qualité des prises en charge, et chacune des fiches actions est associée à des critères de certification.	3
8	Le travail de préparation de la certification commune au niveau du GHT est engagé.	2

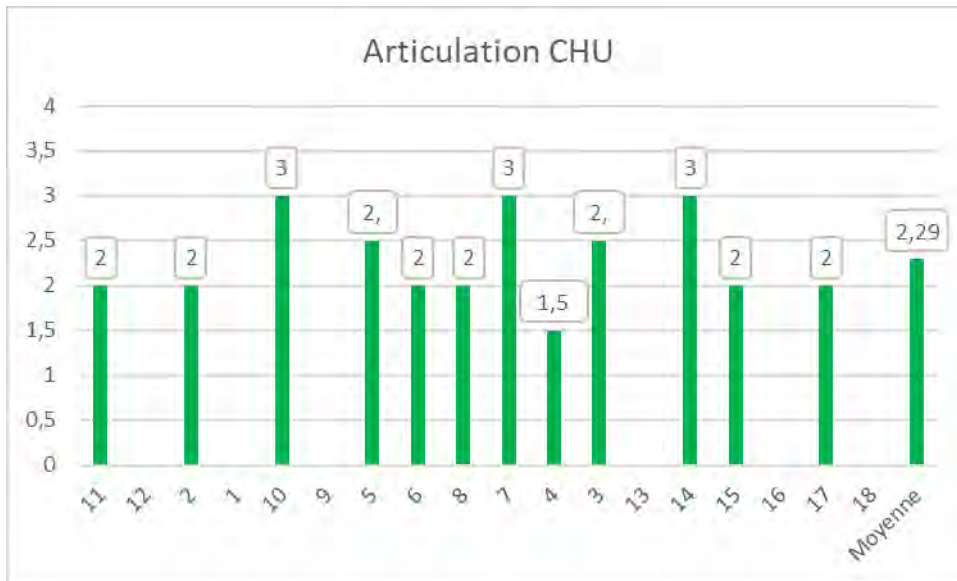
9	Le projet qualité-gestion des risques, validé en contrat et CM s'appuie sur le PMSP ; il comporte 6 axes de travail (EPP, analyse de parcours par filière, gestion des EIG, vigilance et gestion de crise, accompagnement du processus de certification).	3
10	La politique de qualité et gestion des risques paraît bien intégrée au PMSP avec pour objectifs de structurer le système de management de QGDR, appuyer la construction de parcours patients et favoriser l'implication des usagers. Un copil QGDR est réuni et un plan d'action spécifique arrêté et mis en œuvre avec notamment une méthode de recueil du « ressenti du patient » et l'identification de patients traceurs. La certification commune est prévue pour 2021.	3
11	La politique qualité est bien pilotée par le GHT, tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel. ; un plan d'actions est arrêté. Des groupes de travail ont été créés pour harmoniser les pratiques d'évaluation, mettre en place la méthodologie EPP inter établissements et préparer un compte commun.	2,5
12	La préparation de la certification dans le cadre du GHT s'inscrit dans un périmètre limité à 2 ou 3 entités juridiques (selon les calendriers respectifs de la certification V 2020 et de la fusion des 2 établissements du CHU et du CH nord du département). La préparation d'un compte commun et l'harmonisation des pratiques professionnelles devraient en être facilitées	3
13	L'établissement fait état de procédures de patients traceurs menées conjointement avec des établissements parties du GHT tout en indiquant qu'elles restent à développer dans la perspective d'une certification conjointe. Pas d'autres objectifs mentionnés pour cette démarche non documentée	2
14	Au-delà du socle traditionnel des politiques de qualité de GHT, bien pris en charge, RMM, CREX et EPP sont systématisés.	3,5
15	La qualité est considérée comme un point de coordination entre tous les membres du GHT avec un effort d'uniformisation des bonnes pratiques au service des populations accueillies dans toutes les zones de proximité (circuit du médicament, programmes de gestion des risques, procédures d'audit interne ...) et de formation de l'ensemble des personnels. L'approche territoriale favorise le partage des ressources et des pratiques et permettra de travailler sur des objectifs transversaux.	2,5
16	Pas d'action spécifique au GHT, chaque établissement ayant sa politique qualité mais le GHT se prépare à une accréditation HAS commune qui devrait favoriser une dynamique partagée.	2
17	La politique qualité Gestion des risques fait l'objet d'une structuration sans pour autant être clairement intégrée aux filières.	1
18	La politique de qualité et gestion des risques est prise en charge de manière déterminée au niveau du GHT, suite à la certification synchronisée des établissements parties en 2017/2018. Une direction dédiée a été créée début 2019 pour coordonner et outiller les établissements dans la perspective de la certification v2020. Des instruments de liaison, harmonisation et mise en commun de référentiels sont mis en place (harmonisation du classement des fiches d'évènements indésirables, catalogue de formation, organisation de la gestion documentaire, perspective d'élaboration de la méthodologie de certification) ; un accompagnement des filières prioritaires du PMP est mis en œuvre.	3



5/ Articulation avec CHU

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	-	
2	La convention d'association est signée mais son apport est jugé insuffisant au sein du GHT en termes de partage des ressources en médecins au regard de l'activité, qu'il s'agisse des internes ou des assistants partagés, malgré l'augmentation significative prévue en novembre 2019 (passage de 6 à 10 postes). Un resserrement des liens avec le CHU de la subdivision d'internat pour les activités de recherche est également souhaité.	2
3	La convention d'association est riche et couvre l'essentiel des points d'articulation avec le CHU : formations, assistants partagés, appui au fonctionnement, recherche, enseignement (internes, externes, 1ere année) ; mais le sujet de la gradation des soins n'est pas traité.	2,5
4	L'articulation avec le CHU existe et la convention d'association est signée, mais ne paraît pas sauf exception (postes d'assistants partagés) globalement porteuse d'un appui très structuré.	1,5
5	La relation avec le CHU paraît active (assises universitaires tenues à l'établissement support), couvre les sujets d'intérêt commun (conventions de coopération, fonctionnement des filières et adressages, formation des internes, postes d'assistants), bénéficiant de la proximité du CHU et de l'antériorité des collaborations. La mise en œuvre n'a pu être analysée.	2,5
6	Une convention de fort contenu a été conclue avec le CHU (missions de référence et recours, , gestion prévisionnelle de la démographie médicale, plans d'action par discipline (réduction des taux de fuite...), mais il n'a pas été possible d'en analyser la mise en œuvre.	2

7	L'accueil d'externes, d'internes et la création de postes d'assistants partagés sont déclinés dans le projet médical et la convention d'association avec le CHU. La fédération de recherche clinique de l'établissement permet une bonne articulation avec le CHU dans ce domaine.	3
8	Outre les missions classiques en termes de formation, recherche, référence et recours, l'articulation vise au soutien de la démographie médicale (affectation optimale des ressources médicales au regard du projet médical partagé dans les spécialités considérées comme prioritaires) ; la mise en œuvre effective n'a pu être examinée.	2
9		
10	L'articulation avec le CHU est de qualité, notamment pour la répartition des stages d'internat. En post internat, la concurrence du CHU lui-même et du privé est vive. Le CHU apporte un fort soutien aux postes médicaux partagés. Une démarche de GPEC médicale est mise en place. En termes de référence et de recours, 4 filières prioritaires sont traitées (cardiologie, néphrologie, neurologie, ORL).	3
11	L'identification du niveau de recours est faite. L'aide en termes de postes est adaptée aux disponibilités.	2
12	Cette articulation est solide du fait notamment du contexte préexistant au GHT (fusion du CHU avec deux CH du Sud du département, directions communes entre les deux établissements du nord du département) L'adhésion récente du CHS au GHT constitue un nouveau challenge pour le renforcement de l'articulation avec le CHU	3
13		
14	Le CHU semble bien associé au développement du GHT. Cf. présence au Costrat.	3
15	Une convention formelle a été conclue avec le CHU, avec des acquis antérieurs à la constitution du GHT (création de Fédérations médicales inter-hospitalières en orthopédie-traumatologie et en imagerie). La diminution des assistants partagés entre 2018 et 2019 est un sujet de discussions.	2
16	-	-
17	Le GHT a la particularité d'être en relation avec 2 CHU compte tenu de la polarité de son territoire .	2
18	-	

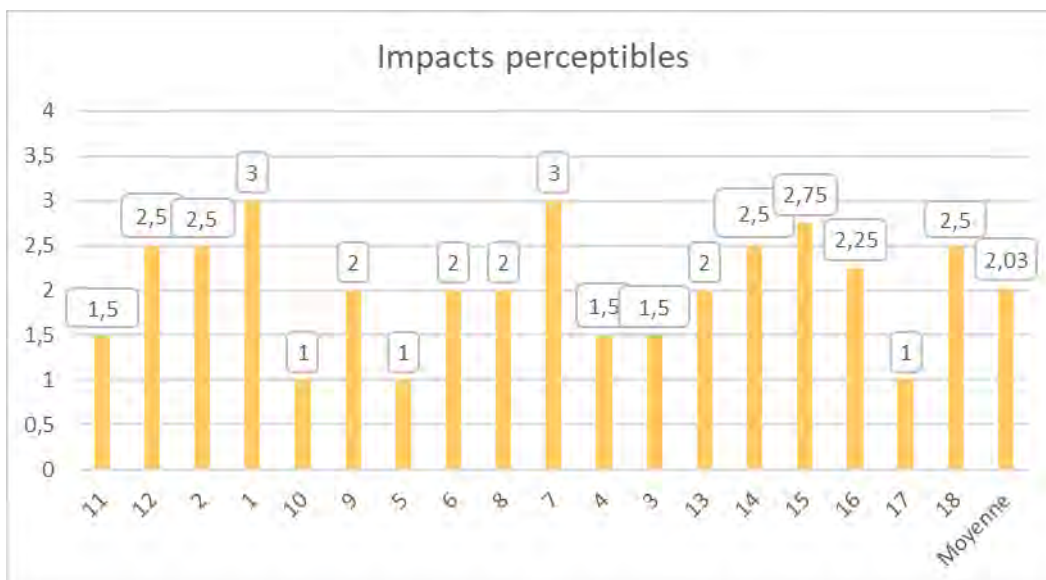


6/ Impacts perceptibles

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le GHT porte une attention soutenue au partage de moyens médicaux entre établissements, dans plusieurs filières importantes. L'existence d'habitudes de travail anciennes avec des établissements hors GHT et des établissements privés est bien appréhendée. La présence d'un CHU au sein du GHT limite les problématiques d'attractivité.	3
2	Les impacts éventuels ne sont pas chiffrés mais le GHT, à l'initiative de son établissement support avec un double objectif de qualité des soins et d'attractivité pour les professionnels, porte une attention particulière au partage du temps médical, au développement des consultations avancées, au parcours de soins (nouvelle organisation cible des urgences en fonction des ressources médicales mobilisables et gestion mutualisée des capacités d'hospitalisation).	2,5
3	Certains indicateurs d'impact globaux sont suivis, mais globalement l'impact du GHT est peu documenté à ce stade.	1,5
4	Des impacts sont suivis au titre de la position concurrentielle sur le territoire mais pas au titre des effets du GHT.	1,5
5	Pas de mesure d'impacts à ce stade, sauf suivi à la demande de certains indicateurs de taux de fuite.	1
6	Pas d'impact quantitatif perceptible, compte tenu en particulier des caractéristiques structurelles du GHT (partition interne, taux de fuite vers une grande région voisine, concurrence du secteur privé), mais des collaborations professionnelles nouvelles nouées dans certaines filières (accès au plateau technique de l'établissement MCO principal, consultations avancées..).	2
7	Le partage du temps médical se développe, ainsi que les recrutements intersites. Le suivi d'indicateurs d'activité et d'attractivité est bien organisé. L'impact de la fusion n'apparaît pas encore perceptible s'agissant en particulier des taux de fuite.	3

8	Le suivi des impacts ne dépasse pas une approche globale des indicateurs d'attractivité territoriale et de l'évolution des moyens médicaux. De manière qualitative, certaines filières paraissent mieux maîtrisées. Les temps médicaux partagés ont progressé depuis la création du GHT.	2
9	Les impacts propres au GHT ne paraissent pas identifiables, d'autant que l'existence d'une CHT antérieure dynamique avait déjà permis des rapprochements fonctionnels certains (temps médicaux partagés ; filières de soins). De façon incidente la question de la position d'un CH hors GHT pose un problème structurel au GHT qui a une attractivité naturelle sur le bassin de population de ce CH, renforcée par de nombreuses coopérations anciennes.	2
10	Très peu de TMP entre les deux établissements principaux ; l'attractivité professionnelle est distincte entre les deux bassins de population et la constitution du GHT n'exerce aucune influence sur ce sujet ; les taux de fuite de patients vers le privé et le CHU peuvent évoluer mais sans lien avec la création du GHT.	1
11	L'objectif de soutien des établissements parties en termes d'effectifs médicaux se heurte aux difficultés rencontrées par l'hôpital support lui-même. A ce stade, pas d'équipes communes constituées ou de pôles inter établissements. Peu d'impacts concrets suivis sous forme de tableau de bord dédié, même si certains indicateurs font partie intégrante de la panoplie classique du suivi périodique de situation.	1,5
12	Les documents communiqués par le GHT ne comportent pas d'éléments quantitatifs permettant de mesurer l'impact du GHT sur l'activité de ses membres. Le taux d'attractivité et le taux de fuite communiqués ne sont pas accompagnés d'une tendance post création du GHT. Concernant l'attractivité médicale, la reconstruction de la filière urgences permet actuellement de ne plus avoir recours à l'intérim médical, en particulier grâce au développement du temps médical partagé. Ce mode d'exercice se développe également dans d'autres filières (cardiologie, périnatalité, pneumologie).	2,5
13	Le seul impact mentionné par l'établissement est celui du temps médical partagé dans la perspective de constitution progressive d'équipe de territoire : exemple de la cardiologie (projet de FMIH) et de la gynécologie-obstétrique avec un établissement partie ; exemple de la néphrologie avec un établissement hors GHT, dans le cadre de la convention d'association. Par ailleurs aucune information n'est donnée sur l'impact du GHT sur l'activité, ni au cours des réunions, ni dans le traitement de l'enquête où l'ensemble de ces questions est resté sans réponse	2
14	Véritable dynamique engagée sur la gestion des temps médicaux. Les différents leviers sont progressivement utilisés.	2,5
15	Pas d'impact quantitatif mesuré mais aux dires des professionnels rencontrés la constitution du GHT est considérée notamment comme : - ayant eu un impact positif sur les décideurs en matière d'investissement, - ayant permis le renforcement des liens entre professionnels et établissements hospitaliers et médico-sociaux . Les modifications d'adressage des patients sont logiquement considérées par les professionnels rencontrés en particulier en gériatrie comme prenant du temps pour être perceptibles quantitativement de manière	2, 25

	<p>significative. Ils seront sans doute réduits du fait d'adressages déjà en partie organisés avant le GHT</p> <p>Le nombre de médecins à temps partagé a progressé de 12 % depuis la création du GHT (cf. supra mutualisations RH).</p>	
16	<p>Pas de mesure effective et globale des effets de la constitution du GHT</p> <p>Trois exemples intéressants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CH support a conclu 42 contrats de consultations avancées impliquant 40 médecins et 18 postes d'assistants partagés avec les établissements membres du GHT (114 contrats et 51 postes d'assistants partagés au total sur l'ensemble de la subdivision en 2019) - suivi du parcours posthospitalier, et des taux de réhospitalisations des patients AVC à l'échelle GHT (projet retenu et financé dans le cadre des expérimentations de l'article 51) : - conciliation médicamenteuse dans le projet de pharmacie clinique : partager les informations pour prévenir les erreurs médicamenteuses et ainsi assurer la continuité et la qualité de la prise en charge du patient dans le GHT 	2,25
17	<p>Malgré une taille et un poids qui confortent le leadership du CH support, la dynamique du GHT au niveau de l'organisation de l'offre de soins se heurte à quelques faiblesses (démographie et attractivité médicales, une géographie contraignante, 2 CHU à forte attractivité)</p>	1
18	<p>Le DIM de territoire produit des données précises qui permettent de suivre les bassins de recrutement des patients, l'ensemble des indicateurs d'activité, un tableau de bord du GHT ; un outil PMSI mutualisé permettra de suivre les filières et l'analyse des fuites et des parts de marché.</p> <p>S'agissant des ressources humaines, les mesures de partage de temps médical mises en œuvres ont d'ores et déjà des effets sensibles sur l'accès aux soins et la gradation de certaines filières.</p>	2,5

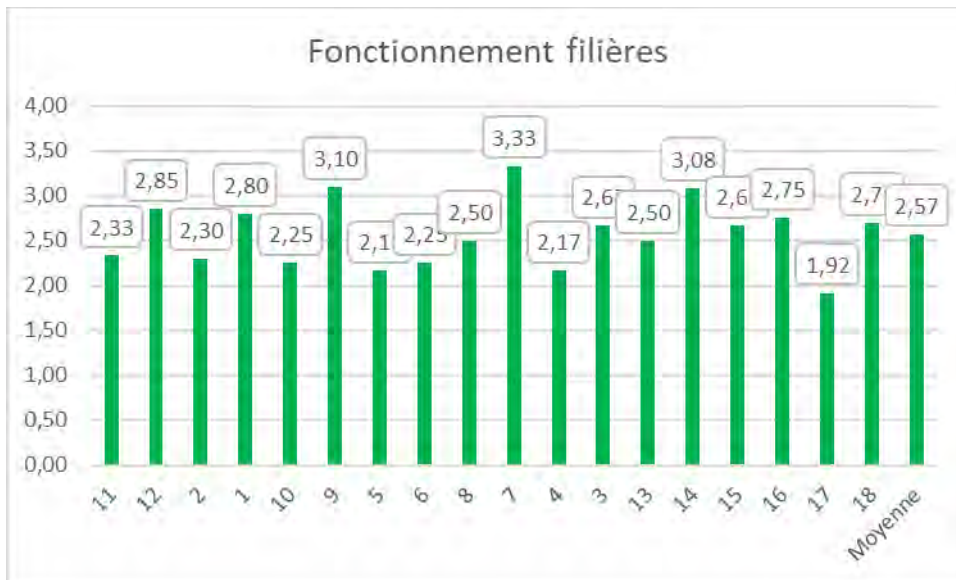


Synthèse fonctionnement en filières de soins

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4 (Moyenne)
1	Le PMP constitue un document riche et pertinent au regard de la constitution du GHT. De nombreuses filières ont d'ores et déjà fortement progressé en termes de gradation et de qualité de prise en charge, la politique « qualité » étant d'emblée tournée vers la préparation de la certification conjointe des établissements parties. La mise en œuvre du GHT souffre cependant d'un manque de formalisation et de suivi.	2,8
2	Le PMP est encore évolutif compte tenu de l'ajout à venir concernant la filière psychiatrie ; les objectifs sont posés , la mise en œuvre est inégale selon les filières : significative et porteuse de réelles réorganisations de l'offre de soins pour les urgences et l'imagerie, encore très partielle pour la gériatrie.	2,5
3	La logique médicale du GHT est bien appréhendée, le PMS est riche et complet, les travaux de gradation sont bien compris et portés. La politique qualité reste cependant à parfaire, les impacts ne sont pas encore appréhendés.	2,7
4	L'antériorité de l'approche territoriale initiée avec la CHT et le dynamisme de la communauté paramédicale permet d'afficher des acquis solides, y compris en termes de qualité des prises en charge. Mais la dynamique du GHT n'est pas vraiment enclenchée sous l'angle des filières de soins. Le pilotage n'est pas actif et une nouvelle version du PMP doit être rédigée.	2,2
5	Le PMS porte une dimension sociétale et santé publique assez originale. Les objectifs de gradation par filière sont identifiés mais les obstacles liés à la situation de la démographie médicale- comme à l'absence de collaboration antérieure au sein du territoire- freinent la mise en œuvre. La relation avec le CHU apparaît de qualité, sans doute du fait de collaborations traditionnelles de proximité.	2,2
6	Malgré des documents institutifs de qualité, et un pilotage qui se structure, le GHT est tributaire d'une situation structurelle complexe (deux territoires non collaboratifs, concurrence du secteur privé et de la région voisine) qui rend la progression difficile en termes de gradation des filières. Les filières médico-techniques ne sont pas abordées. Le thème de qualité des prises en charges est pris en compte de manière volontaire.	2,4
7	Le PMP est le projet médical d'établissement, qui couvre l'intégralité des activités médicales et médico-techniques. Une organisation en pôles et fédérations permet une recherche de gradations intersites et un portage efficace des projets de filières, qui, bien articulés avec le PSP, permettent également la promotion d'une politique de qualité des soins et une coopération correcte avec le CHU s'agissant des politiques d'enseignement, recherche et appui en temps médical. Bénéficiaires de collaborations anciennes, de nombreuses filières sont organisées de manière graduée avec une réelle complémentarité intersites.	3,3
8	Le PMP est pertinent au regard des objectifs territoriaux de gradation et qualité ; il est décliné dans des projets concrets filière par filière et porté de manière opérationnelle par des leaders	2,5

	motivés et dans un cadre institutionnel précisé (trios de filières, suivi d'indicateurs, présentation aux instances). L'articulation avec la politique « qualité » est encore en définition et le suivi montre un impact sur les moyens médicaux et la maîtrise de certaines filières.	
9	Le PMSP est de très bonne qualité et décline l'organisation territoriale et graduée des filières de soins. La mise en œuvre est organisée et suivie de manière dynamique, y compris pour la qualité des prises en charge. Fortement installé et présent sur de nombreuses disciplines et filières y compris gériatrie, le GHT constitue un exemple très avancé d'un groupement ayant un CHU support.	3
10	Le PMSP constitue un document de coordination ample, bien construit, et bien décliné en mode projet, mais qui se heurte aux caractéristiques structurelles du GHT, divisé en deux bassins et deux établissements principaux sans lien fort. Dans ce cadre, les efforts d'articulation avec la politique QGDR sont notables, tout comme le soutien apporté par le CHU, en termes de moyens et de niveau de recours.	2,25
11	La forte dynamique initiale lors de la construction du PMP, ambitieux et très charpenté, a été altérée par un objectif de suivi en mode projet, trop lourd et inadapté aux moyens mobilisables. Néanmoins, et malgré une majorité d'actions non encore lancées, certaines filières se structurent et le GHT bénéficie d'un acquis antérieur en la matière. Aucun aspect saillant dans la convention d'association avec le CHU. Le suivi d'impact reste à structurer. A noter une problématique de répartition des moyens médicaux au profit de certains établissements parties à laquelle il semble impossible de répondre positivement à ce stade.	2,3
12	Le GHT mène une action approfondie pour la structuration de l'ensemble des filières de soins, dont la dynamique est portée par le leadership du CHU et son implication vis-à-vis des autres établissements de santé et des EHPAD. La réorganisation et la consolidation de la filière et des sites d'urgences en sont le résultat le plus tangible. L'intégration dans cette dynamique de la filière psychiatrique depuis l'entrée du CHS dans le GHT semble en bonne voie.	2,9
13	Pour la mise en œuvre du PMP, le travail par filières est structuré et fait l'objet d'actions concrètes pour assurer la continuité médicale dans différentes disciplines. La démarche qualité reste essentiellement axée sur la préparation de la certification.	2,5
14	Les bases de l'organisation en filières de soins sont correctement posées et s'appuient sur deux dynamiques essentielles l'organisation médicale territoriale et une démarche qualité très affirmée.	3,1
15	La structuration des filières est caractérisée par une forte implication des établissements hospitaliers et médico-sociaux ainsi que de leurs partenaires de la ville pour une meilleure articulation des prises en charge avec des programmes très opérationnels sur certaines pathologies ou populations.	2,7
16	Le GHT est caractérisé par une dynamique forte de son projet médical et de soins avec des priorités définies et des réalisations tangibles même si elles sont encore à conforter. Les risques liés à la désertification médicale sur certaines aires géographiques du	2,75

	GHT sont au centre des préoccupations et actions des responsables du GHT comme en atteste le développement du temps partagé	
17	La structuration en filières a été faite. La gradation des soins n'apparaît pas de façon claire. Le suivi par filière est structuré. Les impacts sont peu perceptibles pour des causes qui ne tiennent pas seulement au fonctionnement du GHT lui-même.	1,9
18	Le PMP constitue un document structurant basé sur des objectifs de gradation des soins par filière et parfaitement articulé avec la politique de qualité et de gestion des risques qui en constitue un des axes transversaux. Les porteurs de filières devraient être mieux légitimés et le mode de rapport devant le collège médical reste perfectible.	2,7

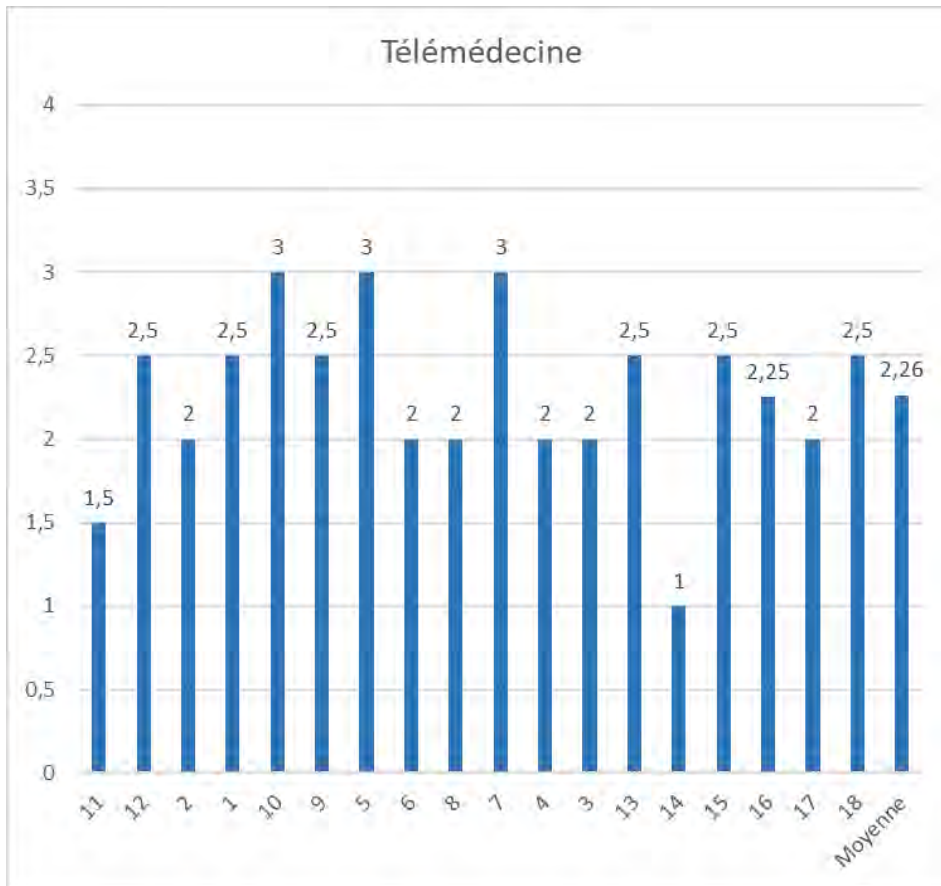


Annexe 2E. Intégration du GHT dans l'offre de soins

1/ Actions en matière de télémédecine

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Plusieurs filières (gériatrie, radiologie, neurologie..) font appel à la télémédecine.	2,5
2	Les principales action menée concernant la télémédecine concernent la filière imagerie avec la mise en place programmée d'une astreinte de télé radiologie, et la prise en charge des AVC entre l' unité neuro vasculaire de l'établissement support et les établissements dotés de services d'urgence	2
3	Le sujet paraît peu évoqué (notamment dans le PMSP), à l'exception de quelques exemples classiques (téléradiologie...).	2
4	Le déploiement de la téléimagerie sur le territoire est au nombre des priorités du GHT. La télémédecine n'apparaît cependant pas comme un objectif majeur (à l'exception de la télésurveillance cardiaque), compte tenu notamment des distances relativement faibles entre CH et sur le territoire,	2
5	La télémédecine est identifiée en tant que thème transversal important du PMSP et répond en partie à la problématique du maintien d'une offre de proximité –téléconsultations et téléexpertise – dans un contexte de tension des ressources médicales.	3
6	La faible densité médicale sur le territoire et les distances importantes entre établissements conduisent à afficher des priorités sectorielles à la télémédecine : visio conférences et téléstaffs, prise en charge des plaies chroniques en dermatologie, renforcement télé AVC, ... sans qu'une politique d'ensemble soit articulée dans ce domaine.	2
7	En gériatrie, des dispositifs de téléconsultation en Ehpad ont été mis en place. Les filières neurologie (télé AVC), radiologie (téléinterprétation) et dermatologie témoignent également d'efforts engagés.	3
8	Sans que la télémédecine constitue un axe fort du PMP, des applications ponctuelles sont lancées : télésurveillance en diabétologie, téléthrombolyse, téléconsultations en ehpad..	2
9	Des axes de travail multiples en télémédecine : gérontologie, télésurveillance diabète et ICC; e learning en infectiologie/hygiène, mais pas de vision de synthèse et manque d'articulation avec la médecine ambulatoire.	2,5
10	Le GHT a mis en place le système Pastel de téléconsultations et téléexpertise, au profit de personnes âgées dépendantes, notamment en EHPAD (convention avec une cinquantaine d'établissements) et dans plusieurs spécialités (gériatrie, psychiatrie, cardiologie, diabétologie, soins palliatifs). Au-delà de cette action emblématique, plusieurs autres programmes sont opérationnels (Domoplaies dans le domaine de plaies complexes, télésurveillance des insuffisances cardiaques, des diabètes gestationnels..).	3
11	La télémédecine apparaît comme un constituant de la structuration de plusieurs filières (neurologie, télésurveillance cardiologique, endocrinologie...) sans qu'une vision d'ensemble ait été exposée. La mise en œuvre est en cours sans portage prioritaire.	1,5

12	La télémédecine existant initialement dans la filière neuro-vasculaire (AVC) constitue un élément de consolidation et de fluidité dont le développement est considéré comme important pour toutes les filières et qui s'enrichit de nouvelles applications (unité de télémédecine de cardiologie, plateforme de bilans numériques à distance en lien avec SAMU, téléconsultations EHPAD).	2,5
13	Un COPIL spécifique télémédecine a pour mission de structurer les projets dans et au-delà du GHT pour les activités de recours comme pour l'articulation avec le médico-social. 3 exemples, <ul style="list-style-type: none"> - pour les EHPAD : développement à ce titre de télé consultations de spécialités. - prise en charge des urgences (chirurgie maxillo-faciale) expérimentation d'une application mobile permettant le recours à un avis chirurgical. - Réalisation de téléconsultations d'anesthésie avec IADE dans le site périphérique. 	2,5
14	Peu d'exemples : téléradiologie sur un CH partie.	1
15	Perçues comme un élément important facilitant la coordination entre acteurs de ville et établissements et entre établissements sanitaires et médico-sociaux avec un chef de projet La télé dermatologie est déployée dans tous les EHPAD Autres projets pour cardiologie, urgence , gériatrie, bucco-dentaire présentés dans un appel à projets EHPAD 2019	2,5
16	Action particulière dans la gestion des AVC, en télé-imagerie et dans le domaine de la formation à l'échelle du GHT.	2,25
17	Inscrites au PMP : développement du SI et consolidation des systèmes de télé imagerie. Les actions sont engagées.	2
18	Une plate-forme de télémédecine est en cours de constitution au niveau du GHT et certaines filières utilisent d'ores et déjà des dispositifs (Télé-AVC ; Ehpads et pour téléexpertise en dermatologie et téléconsultation plaies ; téléconsultation- maladies infectieuses, pneumologie et orthogénie)	2,5

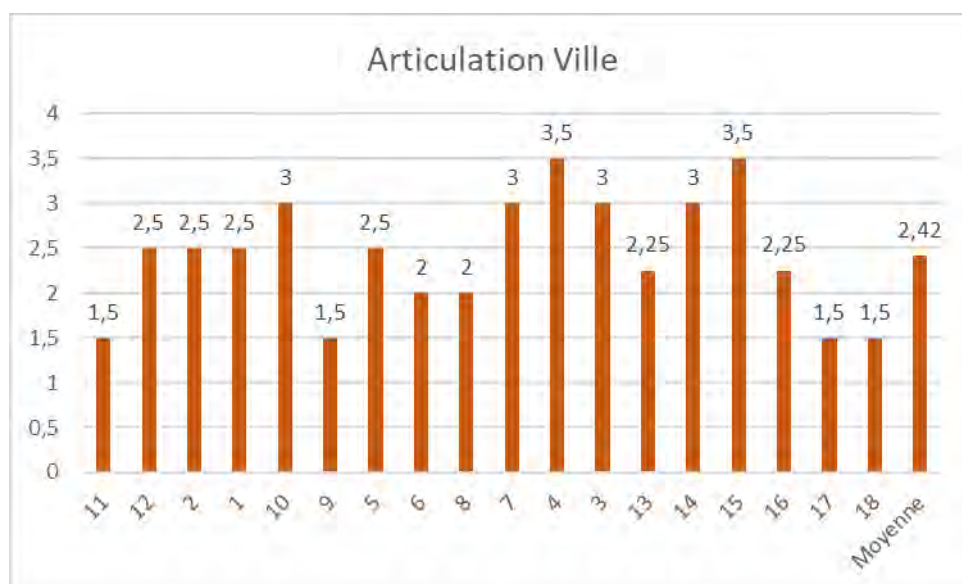


2/ Articulation avec médecine de ville

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Les relations avec la médecine de ville relèvent plus des établissements parties que du niveau GHT. Il n'est pas noté d'interpellation des acteurs de la médecine de ville vis-à-vis du GHT. Pour autant des actions significatives sont mises en œuvre pour améliorer l'articulation hôpital/ ville : assistants partagés, FMC, astreintes séniorisées dans les services, disponibilité des comptes rendus d'hospitalisation, messagerie sécurisée.	2,5
2	Le principe de l'ouverture aux ESPICS est posé depuis septembre 2019. Une réflexion est engagée sur un pôle de cancérologie public-privé comme sur le projet d'imagerie public privé L'association en charge de l'HAD a le statut de membre associé du GHT. Des réunions régulières sont organisées avec la médecine de ville sur le dossier patient et la messagerie sécurisée notamment.	2,5
3	Des efforts d'acculturation et d'articulation certains sont entrepris avec la ville, avec des exemples probants (messagerie sécurisée, rappel des rendez-vous par sms, plateforme territoriale d'échange de données médicales, comptes rendus dématérialisés, accès à des avis spécialisés, annuaire des services). On relève notamment la tenue périodique de « journées des associations » qui permettent de nouer des liens opérationnels avec de nombreux acteurs en ville, associations de patients, bénévoles, PTA, CPTS,.. Le faible niveau de maturité des CPTS du territoire ne permet pas encore d'apprécier des résultats effectifs dans ce dernier domaine.	3

4	Les efforts d'association des libéraux dans plusieurs domaines (HAD...) sont significatifs. Une CPTS est constituée et articulée avec le GHT dans le cadre d'un GCS porteur d'une expérimentation originale de santé populationnelle, tournée vers la prise en charge de parcours notamment pour les patients diabétiques et insuffisants cardiaques. Le projet SI tient largement compte des besoins des libéraux (prise de rendez-vous, messagerie sécurisée, alimentation du DMP..).	3,5
5	Le SDSI porte des actions prioritaires sur l'articulation ville/hôpital : alimentation du DMP (lettre de liaison, résultats, comptes rendus..), messagerie sécurisée avec les libéraux	2,5
6	L'articulation avec la médecine de ville est bien perçue comme un enjeu en termes d'adressage (prises de rendez-vous), de transmission d'informations (compte rendu de sortie) ; des journées « rencontres avec les partenaires » sont organisées et le GHT a ouvert un site internet témoignant de son souci de communication avec son environnement ; mais peu d'initiatives concrètes sont encore signalées à ce stade et la structuration de la médecine de ville en CPTS demeure récente et fragile.	2
7	Dans le cadre de la filière gériatrie, le modèle de coopération avec une maison médicale de ville pour programmer les entrées en Ehpad et préparer les retours à domicile devrait être étendu. Plus globalement, un des objectifs du PMP traite de l'amélioration des relations fonctionnelles avec la médecine de ville, grâce à la diffusion de l'annuaire des médecins de l'établissement, le raccourcissement des délais de production des comptes rendus d'hospitalisation, la facilitation des prises de rendez-vous, les échanges à thème et les enseignements post universitaires.	3
8	L'articulation avec la médecine de ville ne paraît pas prioritaire pour le GHT, celle-ci relevant d'initiatives des établissements parties. Au demeurant la structuration de la médecine ambulatoire apparaît encore balbutiante. Des initiatives spécifiques à certaines filières sont notables (plate-forme de coordination en diabétologie infantile, facilitation des prises de rendez-vous...).	2
9	Le GHT ne dispose pas d'interlocuteurs organisés dans le secteur ambulatoire et la motivation y paraît faible en la matière. Cela n'empêche pas des initiatives locales au niveau des établissements parties et l'existence de MMG.	1,5
10	L'articulation avec la médecine de ville constitue une réelle préoccupation et peut s'appuyer sur l'émergence de structures de soins de ville (MMG, MSP) et de coordination (plusieurs CPTS en création étant considérées comme de potentiels acteurs de l'accès aux soins, du maintien à domicile, d'actions de prévention et du lien ville-hôpital). Toutefois, la valeur ajoutée du GHT dans le domaine n'apparaît pas clairement par rapport à l'action propre de chaque établissement partie.	3
11	Il ne paraît pas y avoir de vision consolidée de la relation ville/hôpital au niveau du GHT, sans préjudice d'actions menées le cas échéant au niveau de chaque établissement et des progrès envisageables ultérieurement en lien avec le SIH.	1,5
12	Une messagerie sécurisée et un portail d'informations médicales des établissements du GHT, connecté au GMP et auxquels les médecins libéraux auront accès, sont conçus et en cours de déploiement pour renforcer le lien ville-hôpital. « Recours 8..., un n° unique d'accès direct des médecins libéraux aux spécialités médicales du CHU pour un avis senior est mis à la disposition des médecins libéraux	2,5
13	Organisation d'espaces d'échanges et d'événements associant médecins du GHT et médecins de ville.	2,25

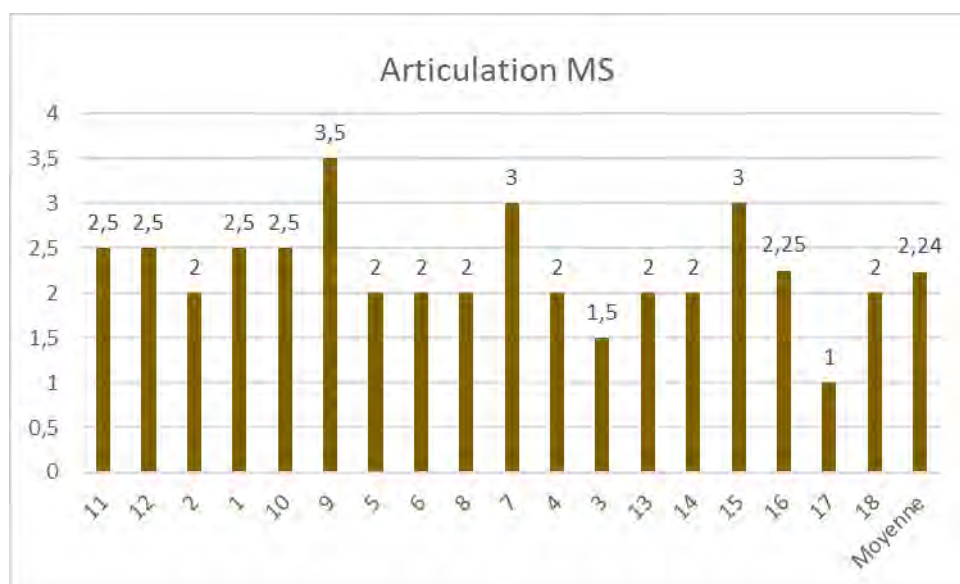
	<p>Pas de réalisation particulière mentionnée autre que d'information et de communication dans les filières.</p> <p>Dans le cadre du SDSI, deux actions à souligner : le portail en projet et des services de messagerie en cours de déploiement.</p>	
14	<p>Action de renforcement de la coordination entre le GHT et la médecine de ville dans le cadre du parcours patient de cancérologie : action majeure du GHT.</p> <p>Des actions sont citées : mise en œuvre du dispositif « 400 médecins généralistes », projet d'espace santé ville-hôpital dans un quartier de ville prioritaire, projet de centre de santé au sein d'une ZAC.</p>	3
15	<p>L'articulation avec la médecine de ville est particulièrement développée avec des programmes spécifiques de prise en charge animés par une équipe de coordination et un système d'information commun Les projets diabète et insuffisance cardiaque associent médecins hospitaliers et libéraux dans l'utilisation d'un dossier numérique de coordination ville hôpital (dossier e-ticcs ; territoire coordonné innovant santé-social).</p> <p>La plateforme territoriale d'appui (projet régional) déclinée dans ce GHT repose sur des coordinatrices chargées de maintenir le lien et la circulation des informations entre des patients et les praticiens (médecins traitants et hospitaliers)</p>	3,5
16	<p>Des réflexions sont en cours avec les coordonnateurs de la médecine générale sur la constitution des hôpitaux de proximité et les CPTS face au risque de désertification</p> <p>Organisation de réunions de présentation du GHT aux URPS.</p> <p>Des conventions cadre de partenariat sont conclues avec le CLCC, avec un centre de rééducation fonctionnelle et avec deux cliniques sans résultat particulier encore.</p>	2,25
17	<p>Le sujet ne semble pas d'actualité compte des difficultés rencontrées. Les établissements parties ont l'initiative sans autres précision.</p>	1,5
18	<p>L'articulation avec la médecine de ville pâtit d'une structuration encore fortement lacunaire de cette dernière (absence de CPTS sur les bassins de population les plus importants) ; le GHT ne dispose pas d'un dispositif formalisé de coopération et les initiatives reposent sur les établissements.</p>	1,5



3/ Articulation avec le secteur médico-social

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Les Ehpads bénéficient des travaux engagés dans plusieurs filières : téléexpertise, entrées directes de patients sans passage par les urgences...	2,5
2	La perspective d'intégrer les ESMS est prise en compte depuis la constitution du GHT mais reste à concrétiser. Des actions sont menées (IDE de nuit en EHPAD, incitation aux entrées directes en cas de besoin d'hospitalisation)	2
3	Le sujet ne paraît pas constituer une préoccupation notable du GHT, à l'exception de la filière gériatrie, mais sans illustration d'une articulation originale avec les Ehpads.	1,5
4	L'articulation avec le secteur médico-social n'est mentionnée que de manière incidente dans le PMP, s'agissant de la filière gériatrique.	2
5	Le PMSP identifie de manière particulière les besoins de prises en charge des enfants et jeunes adultes handicapés moteur.	2
6	L'articulation avec les Ehpads est traitée dans le cadre de la filière gériatrie du PMP (introduction de protocoles d'aides dans les situations à risque dans les Ehpads, travaux sur les délégations de tâches aux soignants et permanence de soins IDE). Les sorties d'hospitalisation et le lien avec les structures d'aval sont bien perçues comme prioritaires dans le PSP. La mise en œuvre concrète de ces orientations n'a pu être appréciée.	2
7	L'organisation de la filière gériatrie témoigne d'une forte articulation avec les Ehpads du territoire ; des conventions sont conclues avec nombre d'entre eux. Une « journée de filière » est organisée en partenariat avec l'ARS. Un numéro unique est mis à la disposition des médecins coordonnateurs d'Ehpads pour faciliter les admissions, donner des conseils...Des équipes mobiles ont été mises en place.	3
8	La description des modalités de prise en charge médico-sociale, aval des filières ou prises en charge de publics spécifiques (personnes vulnérables, personnes avec handicap...) n'ont pu faire l'objet d'un recensement exhaustif dans le cadre du PMP. Néanmoins, pour les filières concernées, le médico-social fait partie des partenaires identifiés et pris en compte.	2

9	La filière gériatrie est une des filières retenues dans le PMSP. Le GHT comprend 9 ehpad en direction commune qui ont conclu une convention de coopération avec le GHT ; celle-ci décrit plusieurs axes de travail concret (télémédecine, équipe mobile d'hygiène, consultations avancées...). Des réponses à l'AAP « Ehpad hors les murs » seront apportées et au-delà, des initiatives d'organisation originales portées avec le CD (Ehpad de semaine).	3,5
10	Les établissements parties disposent d'une commission « handicap et soins » qui impulse de nombreuses actions concrètes (poste de coordinatrice des parcours complexes, référents handicap dans tous les services, formations...). Le programme de télémédecine Pastel pour les résidents en Ehpad est déployé.	2,5
11	Le lien avec le secteur médico-social paraît constitué (sections Ehpad, 2 Ehpad en direction commune avec des établissements membres, association au fonctionnement de plusieurs filières, traitement dans le cadre PSP...).	2,5
12	Construite dans le cadre d'une action structurante avec les 4 EHPAD du GHT, elle repose principalement sur la télé-régulation EHPAD-SAMU. Elle doit s'étendre par convention avec les autres EHPAD du département (dont le nombre dépasse 50).	2,5
13	Volonté manifeste de la construire dans le cadre de la filière gériatrique. Téléconsultations EHPAD.	2
14	La dimension médico-sociale est intégrée au GHT par sa composition même (4 EHPAD membres).	2
15	Le secteur médico-social est particulièrement bien présent au sein du GHT de façon institutionnelle et dans les projets de la filière gériatrique notamment	3
16	Le secteur médico-social n'est pas représenté par des établissements autonomes dans le GHT mais il est intégré dans les travaux de la filière gériatrique et des contrats d'association sont conclus avec plusieurs EHPAD dans ce cadre .	2, 25
17	Aucune trace d'actions.	1
18	La filière gériatrique, structurée au niveau des bassins de population, comporte des hôpitaux de proximité à vocation médico-sociale, les pôles médico-sociaux des hôpitaux MCO et des Ehpad autonomes, dont certains en direction commune avec un établissement partie.	2



Synthèse articulation GHT avec offre de soins

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4 (Moyenne)
1	Les établissements parties sont sensibles à la nécessité de développer les relations avec la médecine de ville, politique qui n'est pas portée par le GHT lui-même. La télémédecine se développe dans plusieurs filières. Enfin, les ehpad bénéficient des travaux engagés par le GHT dans plusieurs domaines.	2,5
2	Le GHT a un souci réel d'ouverture aux partenariats avec les établissements privés et avec la médecine de ville. Des initiatives concrètes sont prises (cf supra)	2,25
3	L'articulation avec la ville est bien appréhendée par le GHT qui en fait un axe d'action important et soutenu. Mais la télémédecine et les relations avec le médico- social sont peu développées.	2,2
4	La télémédecine n'apparaît pas comme un objectif majeur, mais l'articulation avec la ville fait l'objet d'une attention forte et originale, perceptible dans plusieurs domaines (SI, qualité...) et favorisée par la constitution d'une CPTS liée au GHT pour la construction de parcours de soins.	2,5
5	Compte tenu des tensions sur les ressources médicales, à l'hôpital comme en ville, le GHT porte une attention particulière aux relations avec son environnement et développe des actions particulières en la matière (SI, télémédecine, prise en charges des enfants handicapés moteur)	2,6
6	L'intégration du GHT dans son environnement est bien perçue comme prioritaire compte tenu des contraintes géographiques et démographiques du territoire. Des orientations concrètes sont perceptibles de manière sectorielle (filière gériatrie..), mais il n'apparaît pas de ligne directrice d'ensemble, tant dans le domaine de la télémédecine (non traitée en tant que telle dans le PMP), que dans les relations avec la médecine ambulatoire (dont l'organisation reste balbutiante).	2

7	Les efforts d'articulation engagés avec la ville et le médico- social sont notables et permettent de fluidifier les parcours des patients, particulièrement en gériatrie.	3
8	Les partenaires de l'hôpital sont pris en compte au niveau des établissements. Le GHT lui-même pâtit du manque d'interlocuteurs en ville (absence de CPTS) et d'un recensement inachevé des articulations avec le médico-social- ce qui n'empêche pas un travail concret dans le cadre des filières concernées. Des projets concrets de télémédecine sont menés, mais sans plan de développement d'ensemble.	2
9	L'articulation avec le secteur personnes âgées constitue un point fort du GHT, qui pâtit par contre du manque d'interlocuteurs représentatifs en médecine ambulatoire.	2,6
10	Le GHT promeut plusieurs actions emblématiques de télémédecine, dont un dispositif de téléconsultation et téléexpertise en ehpad. L'articulation avec la médecine de ville est une préoccupation partagée par les établissements parties qui peuvent s'appuyer sur la structuration en cours (MSP, CPTS), sans que la valeur ajoutée propre du GHT soit évidente. La prise en charge des personnes handicapées fait l'objet d'une réelle attention ; les actions repérées avec les Ehpad portent sur le lien de téléconsultation et téléexpertise, ainsi que sur le déploiement d'IDE.	2,8
11	Le lien GHT/médico social paraît constitué. Par contre, il ne paraît pas y avoir de vision consolidée des relations Ville/hôpital qui sont laissées à l'initiative des établissements. La télémédecine apparaît comme un apport dans certaines filières sans portage d'ensemble.	1,8
12	Le lien avec le médico-social est opérationnel et doit s'étendre dans le cadre d'une contractualisation aux EHPAD non membres du GHT Les bases du lien avec la médecine de ville sont posées et s'appuieront sur des outils informatiques de partage de l'information	2,5
13	Un engagement fort dans la télémédecine et de premières réalisations concrètes. l'articulation avec le secteur médicosocial est à développer de même que les liens avec la médecine de ville.	2,25
14	Si la télémédecine est peu présente, les actions de coordination ville-hôpital traduisent un réel dynamisme. La dimension médico-sociale est présente dans et autour du GHT.	2
15	L'ouverture à l'ensemble des acteurs de santé est réelle et précède le GHT qui lui a donné un nouvel élan facilité par son unité institutionnelle. L'appropriation d'une démarche de territoire, de parcours et de gradation des soins et la coordination des différents acteurs de santé constituent des atouts très forts pour ce GHT	3
16	Les articulations tant avec le secteur médico-social qu'avec la ville sont encore à conforter même si des actions et projets sont en cours. Cet objectif, considéré comme important donne lieu depuis 2019 à une réunion annuelle du comité stratégique dédiée aux partenariats	2,25
17	L'établissement support entravé par ses propres problématiques éprouve les plus grandes difficultés à s'ouvrir sur son environnement.	1,5
18	La télémédecine se développe progressivement. Mais le GHT pâtit d'un manque de structuration de la médecine de ville ; la filière gériatrique prend en compte l'articulation nécessaire avec le secteur médico-social.	2

Intégration offre de soins

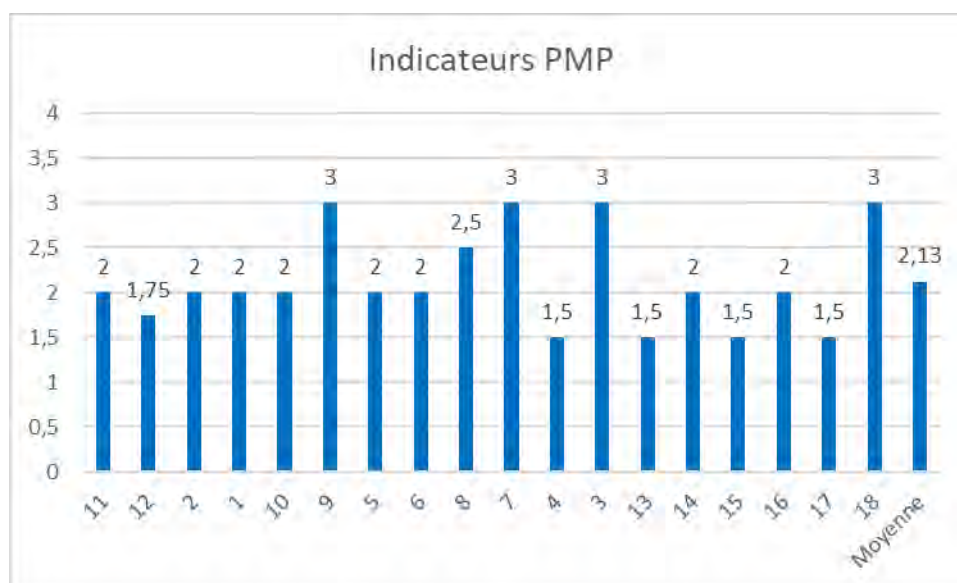


Annexe 2F. Suivi et évaluation

1/ Indicateurs de suivi par filière PMP

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Les objectifs fixés dans le PMP pour la structuration et l'évolution des filières sont suivis mais, sauf exception, sans fiches actions et sans indicateur de réalisation spécifique.	2
2	Les objectifs du PMP sont suivis par filières, mais sans fiches actions dédiées et sans indicateurs pré définis ; ce suivi est principalement réalisé par le bureau.	2
3	Le suivi est correctement mis en œuvre ; des délais, la nature des moyens à mobiliser et des indicateurs spécifiques par filière sont définis dans le cadre du PMSP.	3
4	Le PMP ne définit pas d'indicateurs et le suivi reste assez peu formalisé.	1,5
5	Le suivi de mise en œuvre du PMSP a globalement pâti de la vacance du collège médical.	2
6	Le PMP prévoit de manière très formalisée des fiches projet détaillées, désignant un ou des porteurs de projet, précisant les actions à engager et listant des indicateurs de suivi et même des modalités d'évaluation. Il n'a pu être vérifié si ce dispositif très ambitieux est réellement mis en œuvre, hormis la fourniture, à la demande, de certains indicateurs liés à l'activité, notamment sur l'évolution des adressages.	2
7	La déclinaison des objectifs de filière en actions clefs et fiches actions se prête à un suivi précis, y compris par indicateurs.	3
8	Plusieurs filières ont fait l'effort d'identifier des indicateurs de suivi précis, voire des modalités sommaires d'évaluation.	2,5
9	Les travaux par filière sont suivis de manière précise et régulière. Le PMP comprend une liste d'actions clefs. Les feuilles de route par filière comprennent les indicateurs de suivi et les calendriers associés.	3
10	Le suivi en mode projet concerne les objectifs énoncés par la PMSP qui ne portent que marginalement sur la structuration et la gradation des prises en charge au niveau du GHT dans son ensemble	2
11	De nombreux indicateurs par filière sont prévus dans le cadre du PMP, mais ils ne sont pas suivis en pratique courante ; le dispositif de suivi a été surdimensionné au regard des moyens disponibles mobilisables ; le PSP fait l'objet d'un suivi plus aisé.	2
12	Des indicateurs de suivi par filières sont prévus dans le PMP mais il n'est pas établi qu'ils soient suivis de manière constante et pour toutes les filières. La filière urgences et la télémédecine font cependant l'objet d'un suivi documenté.	1,5
13	Le suivi par filière donne lieu à un bilan écrit sans indicateurs pré-définis.	1,5
14	Un dispositif de pilotage renforcé par filière, soutenu par l'existence d'un comité de parcours patients.	2
15	Les filières font l'objet d'un suivi résultats/objectifs mais il n'est pas fondé sur des indicateurs prédéfinis à l'exception des projets diabète et insuffisance cardiaque, sauf pour les Pas d'indicateurs de suivi formalisés et communiqués à la mission	1,5

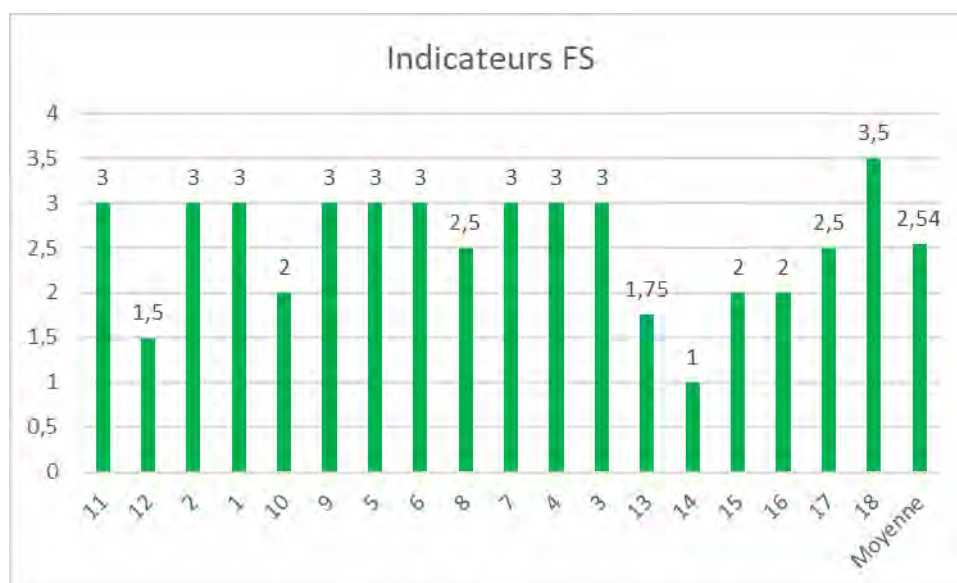
16	Il n'y a pas actuellement d'indicateurs de suivi formalisés pour l'ensemble des filières en dehors de l'impact de la filière AVC qui a été particulièrement évalué selon des critères validés au niveau européen (portant notamment sur la durée des étapes de la prise en charge). En projet : la mise en place d'outils de gestion pour permettre de contrôler la valorisation de l'activité produite au niveau des différentes filières, et d'évaluer la performance globale des organisations mise en place.	2
17	En principe suivi par filière, selon déclarations non documentées.	1,5
18	L'outil de suivi des filières est en cours de constitution par le DIMT ; les actions sont suivies de manière plus qualitative par leur porteur avec rapport devant le collège médical.	3



2/ Indicateurs de suivi par action FS

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Le suivi des fonctions support est assuré de manière efficace par les directions dédiées (achats, SI). Les indicateurs classiques sont suivis pour la fonction achats (gains..) et le projet SI.	3
2	Le suivi des fonctions supports (SIH, achats, RH, finances) a fait l'objet de présentations formalisées , chiffrées et accompagnées de préconisations de pratiques professionnelles, voire d'aménagement des dispositions réglementaires (RH médicales et non médicales)	3
3	Le suivi est effectué en mode projet ; les indicateurs sont essentiellement des délais, des cibles opérationnelles ou organisationnelles.	3
4	Les FS sont suivies en mode projet avec des indicateurs de suivi : délais et réalisations.	3
5	Les fonctions support font l'objet d'un suivi classique en mode projet.	3
6	Les actions en matière de SI et achat sont suivies de manière précise et documentée en mode projet.	3

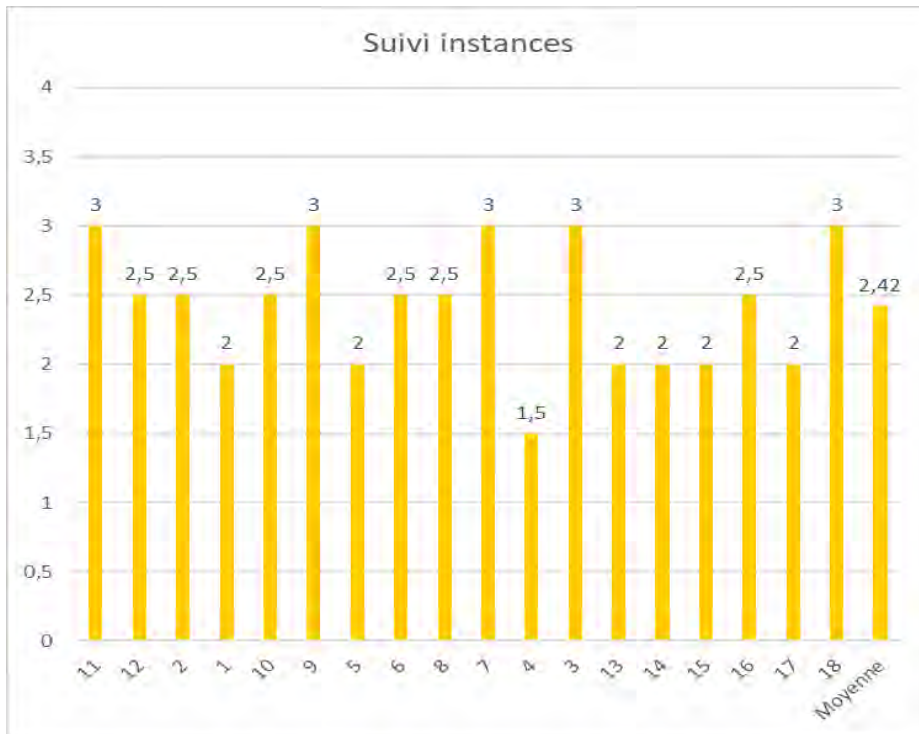
7	Les fonctions support font l'objet d'un suivi de résultat classique au sein d'un établissement de cette importance.	3
8	Les fonctions support sont suivies en mode projet, de manière classique et avec les indicateurs qui leur sont propres (achats..), sans particularité.	2,5
9	Les fonctions support progressent en mode projet de manière documentée.	3
10	Les fonctions support sont correctement suivies en mode projet avec des indicateurs de gestion classiques (gains sur achat, ..).	2
11	Le suivi en mode projet est effectif.	3
12	A défaut d'indicateurs de suivi, le schéma d'organisation des fonctions supports a été communiqué ainsi que les principales actions menées (SIH, achats, formation)	1,5
13	Le suivi donne lieu à un bilan écrit sans indicateurs pré-définis à l'exception du nombre de procédures marchés et des gains sur achats et du déploiement de la messagerie sécurisée pour le SDSI.	1,75
14	Peu ou pas documenté	1
15	Pas d'indicateurs de suivi formalisés et communiqués à la mission Seuls sont mentionnés les indicateurs HOP'en pour le SI, les gains sur achat et le nombre de praticiens à temps partagé.	2
16	Rien de spécifique en dehors du suivi des gains achats agrégés dans le cadre du GHT	2
17	Le suivi de la fonction achats et des SI est bien réalisé. Fonctions également concernées : pharmacie, laboratoires et radiologie.	2,5
18	Les fonctions support sont suivies de manière très précise grâce à des indicateurs circonstanciés.	3,5



3/Suivi et évaluation par instances de gouvernance

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Les instances de gouvernance bénéficient de rapports périodiques sur la mise en œuvre des différents projets, mais sans structuration ad hoc et sans indicateurs spécifiques.	2
2	Les instances sont informées régulièrement et échangent sur les différents projets sans qu'une évaluation formalisée soit pour autant établie. Le rôle du bureau est à souligner de même que l'association effective du comité territorial des élus aux enjeux majeurs (organisation cible des urgences par exemple).	2,5
3	Le suivi est bien procéduré, avec une bonne acculturation globale au mode projet. L'évaluation n'est pas traitée.	3
4	Le pilotage des FS est bien assuré, ainsi que celle du PSP ; mais la collégialité est faible pour assurer le suivi du PMP.	1,5
5	Les instances de gouvernance sont saisies du suivi de mise en œuvre ; le collège médical a cependant connu une vacance temporaire qui a donc interrompu le suivi.	2
6	Les instances de gouvernance se réunissent de manière régulière et suivent la mise en œuvre des différents constituants du PMP/PSP/projets fonctions support, sans que ce suivi formel puisse déboucher à ce stade sur une évaluation et des actions correctrices.	2,5
7	Les projets de filière sont déclinés en fiches actions qui font l'objet d'un suivi régulier de mise en œuvre par les instances compétentes, CME et CSIRMT.	3
8	Costrat, collège médical et CSIRMT reçoivent régulièrement des rapports de suivi selon des modalités variables (trios de filières ; mode projet pour les fonctions support).	2,5
9	Les plans d'action font l'objet de présentations régulières et de suivis précis par les instances concernées (Costrat, CM, CSIRMIT) ; le CTEL ne remplit pas son rôle d'évaluation.	3
10	Les instances de gouvernance supervisent la mise en œuvre du PMSP en mode projet (115 fiches actions), mais sans évaluation d'impact, hors indicateurs suivis en routine pour la gestion des établissements parties.	2,5
11	Les instances de gouvernance sont mobilisées pour le suivi du PMP (bilan à deux ans) et du PSP.	3
12	Les instances de gouvernance sont principalement associées à l'évolution du PMP et au suivi de sa mise en œuvre., par le Constrat et le collège médical principalement	2
13	Le suivi du PMP est réalisée par des présentations aux instances de gouvernance des travaux des groupes de filières et d'une synthèse générale partagée avec l'ARS	2
14	L'évaluation ainsi que les outils prévus ne sont pas apparents. Cependant la structure de pilotage et de suivi est suffisamment robuste pour générer la méthode et les outils	2
15	Les instances de gouvernance se réunissent de manière régulière et élargie pour partager le suivi des projets du GHT Qui est également l'objet d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement support et l'ARS	2
16	Les instances de gouvernance se réunissent de manière régulière et impulsent ou accompagnent dynamique et cohérence du GHT. Les principales actions du GHT sont retracées dans un compte-rendu annuel synthétique soumis aux instances	2,5
17	Le dispositif de suivi existe. Il est global et par filière. Les référents sont désignés. Des indicateurs sont utilisés. Des échéances sont fixées. Absence de Tableau de bord.	2

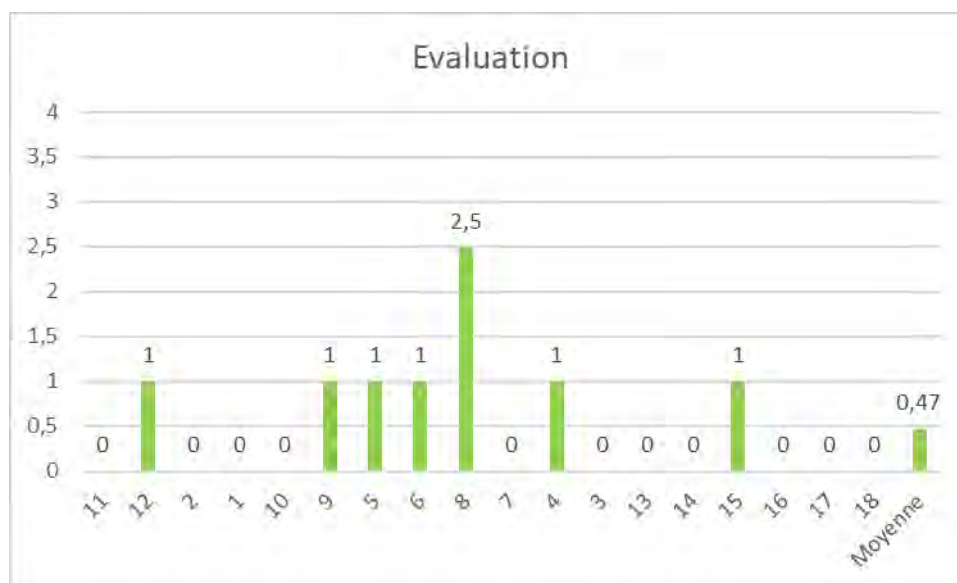
18	Le suivi opéré par contrat, le collège médical et la CSIRMT est parfaitement documenté.	3
----	---	---



4/ Méthode d'évaluation

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4
1	Pas de méthode d'évaluation identifiée	0
2	Pas de méthode d'évaluation identifiée et documentée	0
3	Non mise au point.	0
4	Non formalisée	1
5	Pas de méthode d'évaluation identifiée	1
6	Non formalisée. Le PSP liste cependant des indicateurs associés à chaque plan d'actions, mais il n'a pu être vérifié que ces indicateurs sont réellement examinés.	1
7	Pas de méthode d'évaluation repérée.	0
8	Un embryon notable de méthodes d'évaluation dans certaines filières et la volonté d'aboutir à une consolidation au niveau du PMP.	2,5
9	Pas de méthode d'évaluation documentée	1
10	Pas de méthode d'évaluation identifiée	0
11	Pas de méthode formalisée d'évaluation des impacts.	0
12	Pas de méthode formalisée d'évaluation des impacts du projet du GHT sur l'activité, les flux de patients et l'efficacité de fonctionnement (à l'exception de l'évaluation des gains achats)	1
13	Pas de méthode formalisée d'évaluation.	0
14	Non mise au point	0

15	Non formalisée. Les suivis réalisés décrivent seulement les résultats ou avancées et les difficultés	1
16	Suivi régulier du PMP et des fonctions supports mais pas de méthode d'évaluation formalisée.	0
17	Néant.	0
18	A ce stade, pas de méthode d'évaluation présentée	0

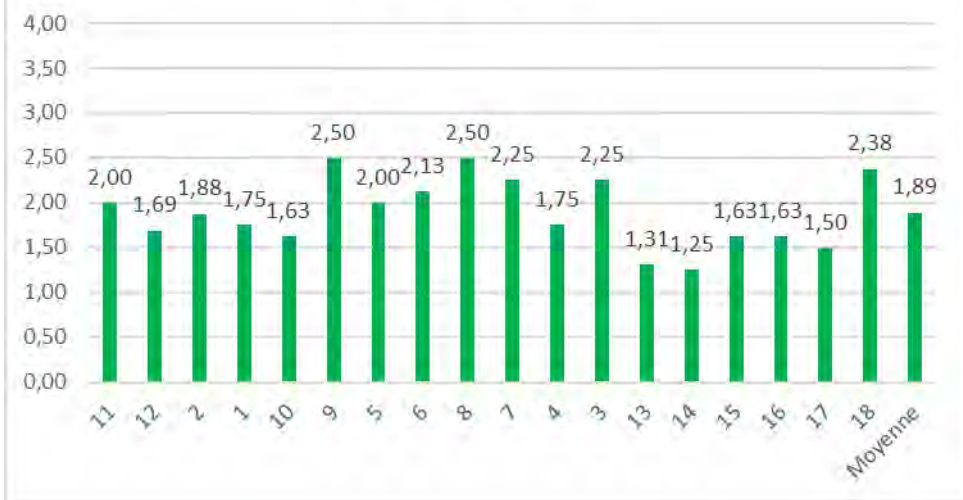


Synthèse suivi et évaluation des GHT

GHT	Appréciation	Cotation de 1 à 4 (Moyenne)
1	La mise en œuvre du PMP souffre d'un manque de formalisation et les instances ne peuvent bénéficier d'une vision consolidée de son état d'avancement, suivi par action et par indicateur. Aucune méthode d'évaluation n'est identifiée.	1,75
2	Le suivi des projets est effectif et communiqué aux instances mais à défaut de méthode formalisée et d'indicateurs précis, l'état d'avancement des projets n'est pas toujours mesurable	1,75
3	Le suivi en mode projet est habituel, des indicateurs de suivi/réalisation y sont associés ; mais l'approche reste embryonnaire en matière d'évaluation	2,25
4	La méthode d'évaluation n'est pas formalisée. Le suivi est inégal, clair dans les domaines FS et PSP, faible dans le domaine PMP.	1,75
5	Le suivi en mode projet des actions portant sur les fonctions support est correctement assuré. Le suivi de mise en œuvre du PMSP a pâti de la vacance du collège médical. L'évaluation n'est pas formalisée.	2

6	Globalement le suivi formalisé en mode projet est réservé aux fonctions support. Un dispositif de pilotage et suivi très ambitieux est prévu par le PMP mais sa mise en œuvre concrète n'a pu être vérifiée. Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets (un dispositif plus formalisé étant prévu pour le PSP), mais aucune méthode d'évaluation des effets n'est mise en place.	2,25
7	Le suivi des actions entreprises dans le cadre du PMP, du PSP et des moyens support est bien organisé et les instances compétentes s'acquittent correctement de leur mission en la matière. Aucune méthode d'évaluation repérée.	2,25
8	Les modalités de suivi des projets menés par le GHT sont pertinentes. S'agissant du PMP, on note parfois, au-delà des indicateurs de suivi, des tentatives pour formaliser certaines évaluations d'impact.	2,5
9	La méthode de suivi des projets de filières et sur les fonctions support paraît solide et permet aux instances de piloter la progression d'ensemble du GHT.	2,5
10	Le suivi en mode projet du PMSP est en place mais ne porte que sur les objectifs énoncés et ne concerne donc que marginalement la gradation des prises en charge. Les indicateurs de suivi ne sont pas spécifiques au GHT. Pas de méthode d'évaluation repérée.	1,6
11	Le PMP était très ambitieux en termes de suivi et n'a pu être mis en œuvre de ce point de vue. Néanmoins, hormis l'absence de méthode d'évaluation, le suivi en mode projet reste un objectif, atteint de manière variable selon les filières, et correctement pour le PSP. L'établissement d'un bilan à deux ans du PMP montre le maintien d'une dynamique globale de projet et la mobilisation des instances compétentes.	2
12	Les éléments précis du suivi sont insuffisamment tracés sans que ce point d'interrogation altère pas la dynamique d'ensemble du GHT	1,5
13	L'action du GHT donne lieu à un suivi partagé avec l'ARS qui ne constitue cependant pas une évaluation fondée sur des indicateurs prédéterminés	1,3
14	Si le pilotage est solidement structuré les dispositifs et les outils sont peu documentés.	1,25
15	Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets, mais aucune méthode d'évaluation par des indicateurs de leurs résultats basée n'est formalisée.	1,25
16	Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets, mais aucune méthode d'évaluation des effets n'est formalisée en dehors de quelques actions spécifiques.	1,6
17	Le dispositif de suivi est également marqué par les difficultés du GHT évoquées supra.	1,5
18	Le GHT a porté une attention particulière à l'outillage du suivi de mise en œuvre pour les fonctions support comme pour les filières de soins. Seule l'évaluation reste en jachère.	2,4

Suivi et évaluation



Annexe 2G. Appréciation de synthèse

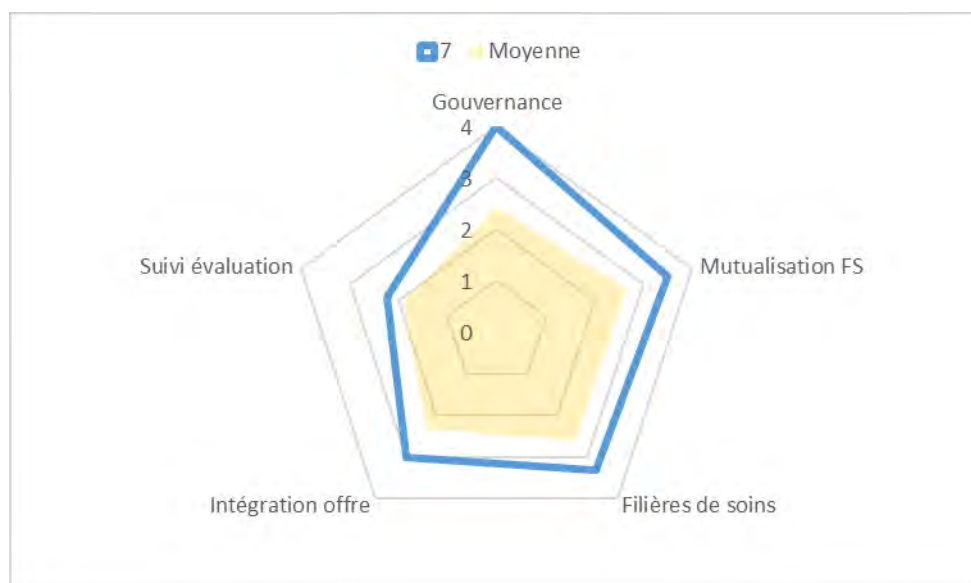
1 En avance : ¹¹les GHT « engagés »

7 GHT sur 18 analysés ici paraissent en avance ; parmi ceux-ci, on trouve 4 GHT dont l'établissement support est un CHU.

GHT 7

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Le GHT, constitué d'un seul et unique établissement, fonctionne sur la base des instances de l'établissement, déclinées de manière à permettre la meilleure articulation avec les pôles intersites et l'association des sites sans direction déléguée. NB: Les notes sont ici attribuées au regard du fonctionnement du GHT établissement unique ; elles ne signifient pas pour autant un fonctionnement en lui-même idéal de toutes les instances de l'établissement.	4
2/ Niveau des mutualisations	Sur le chemin de la mutualisation complète, l'établissement, résultat de la fusion récente de plusieurs anciens établissements autonomes, reste cependant encore tributaire de situations diversifiées, notamment en matière informatique. Mais, par définition, le GHT constitué d'un établissement unique dispose déjà d'une organisation support unifiée.	3,5
3/ Fonctionnement des filières	Le PMP est le projet médical d'établissement, qui couvre l'intégralité des activités médicales et médico-techniques. Une organisation en pôles et fédérations permet une recherche de gradations intersites et un portage efficace des projets de filières, qui, bien articulés avec le PSP, permettent également la promotion d'une politique de qualité des soins et une coopération correcte avec le CHU s'agissant des politiques d'enseignement, recherche et appui en temps médical. Bénéficiaires de collaborations anciennes, de nombreuses filières sont organisées de manière graduée avec une réelle complémentarité intersites.	3,3
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Les efforts d'articulation engagés avec la ville et le médico- social sont notables et permettent de fluidifier les parcours des patients, particulièrement en gériatrie.	3
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le suivi des actions entreprises dans le cadre du PMP, du PSP et des moyens support est bien organisé et les instances compétentes s'acquittent correctement de leur mission en la matière. Aucune méthode d'évaluation repérée.	2,25

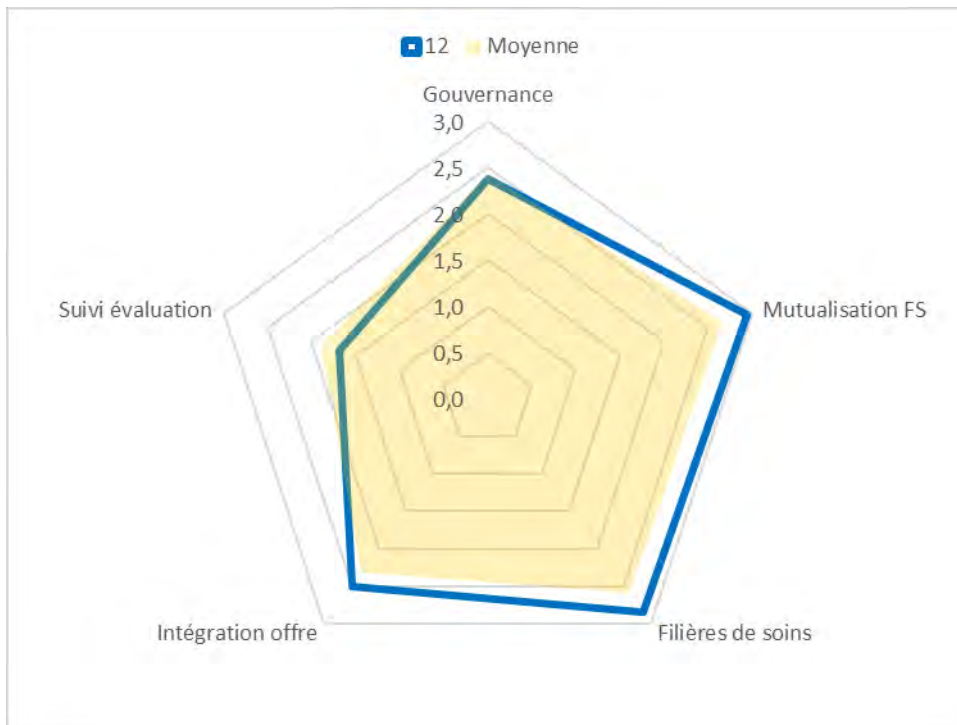
¹¹ Terminologie ANAP



GHT 12

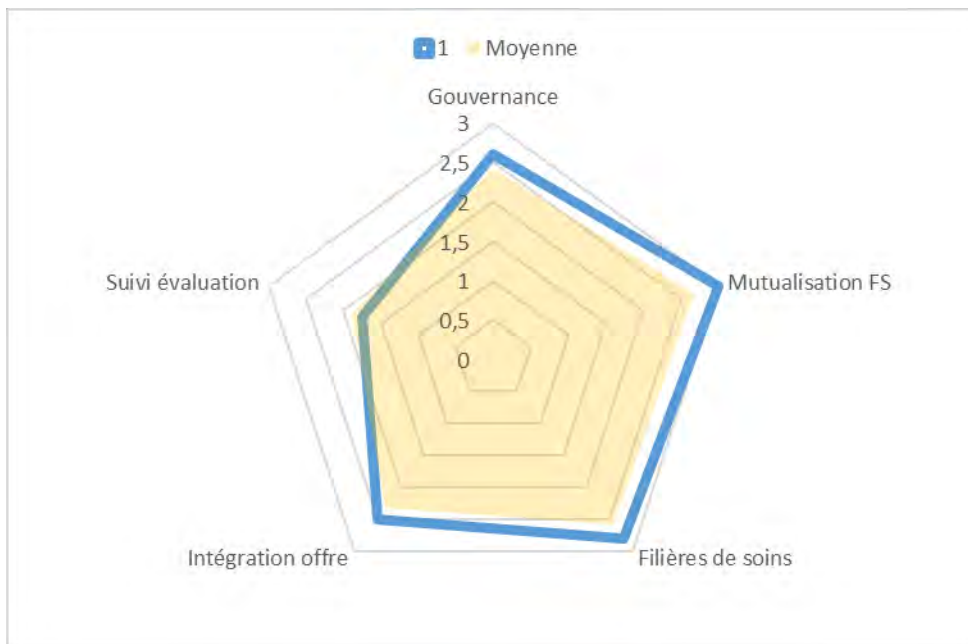
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Les deux instances considérées comme majeures sont le comité stratégique et le collège médical. Elles ont bien fonctionné entre les deux CH du GHT jusqu'à l'adhésion effective en nov. 2018 du CHS et son intégration sans difficulté particulière dans les instances. Concernant les autres instances, la redondance établissements/GHT est considérée comme lourde.	2,4
2/ Niveau des mutualisations	Au-delà des documents socles des mutualisations, (PMP, SDSI) des mesures opérationnelles ont été mises en oeuvre dans deux domaines majeurs : l'organisation des urgences sur le territoire et la plateforme numérique de partage d'informations médicales. De même pour la territorialisation de la fonction achats. Pas d'expérience en cours de mutualisation financière	2,9
3/ Fonctionnement des filières	Le GHT mène une action approfondie pour la structuration de l'ensemble des filières de soins, dont la dynamique est portée par le leadership du CHU et son implication vis-à-vis des autres établissements de santé et des EHPAD. La réorganisation et la consolidation de la filière et des sites d'urgences en sont le résultat le plus tangible. L'intégration dans cette dynamique de la filière psychiatrique depuis l'entrée du CHS dans le GHT semble en bonne voie.	2,9

	<p>Le lien avec le médico-social est opérationnel et doit s'étendre dans le cadre d'une contractualisation aux EHPAD non membres du GHT.</p> <p>Les conventions d'association avec le CHU ne semblent pas un élément majeur de dynamique partagée avec les établissements supports des autre GHT.</p>	
<p>4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins</p>	<p>Le lien avec le médico-social est opérationnel et doit s'étendre dans le cadre d'une contractualisation aux EHPAD non membres du GHT.</p> <p>Les bases du lien avec la médecine de ville sont posées et s'appuieront sur des outils numériques de partage de l'information.</p>	2,5
<p>5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i></p>	<p>Les éléments précis du suivi sont insuffisamment tracés sans que ce point d'interrogation altère pas la dynamique d'ensemble du GHT</p>	1,7



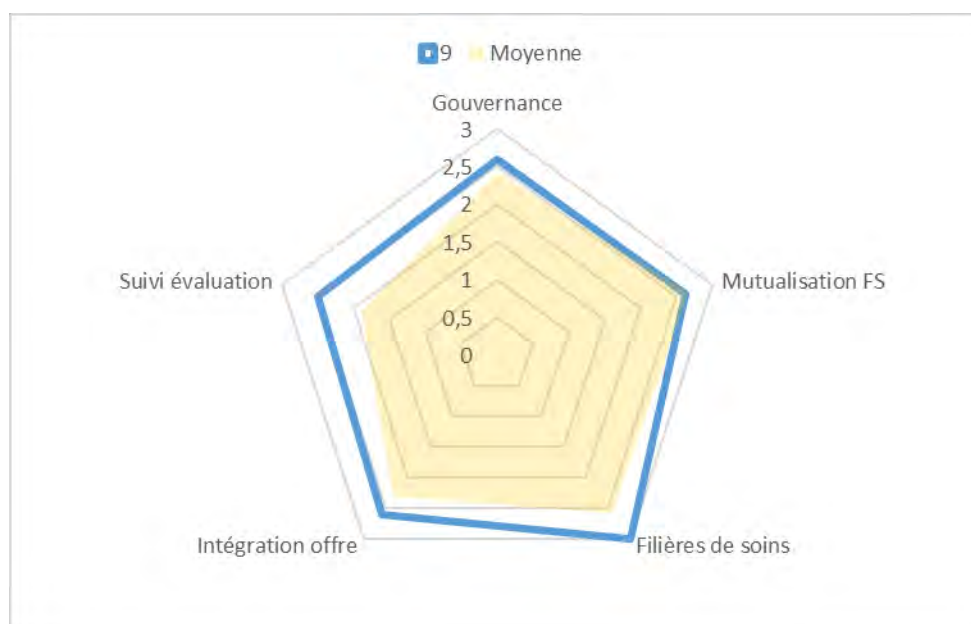
GHT 1

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Au global, les instances porteuses du GHT se limitent au cocontrat et au collège médical, surtout soutenu par une frange impliquée de la communauté médicale. Le CTCL bénéficie de la présence d'un président très impliqué. La CSIRMT reste tributaire d'un PMS peu avancé.	2,6
2/ Niveau des mutualisations	Le rapprochement des politiques de gestion des RH médicales constitue une caractéristique originale et forte du GHT, qui comporte également une direction des achats efficace mais soucieuse de préserver les intérêts de tous les établissements parties. La convergence des SIH reste tributaire de l'hétérogénéité initiale au sein du GHT, malgré l'intégration réussie des équipes et le lancement du SDSI. La mutualisation budgétaire ne présente pas d'originalité.	3
3/ Fonctionnement des filières	Le PMP constitue un document riche et pertinent au regard de la constitution du GHT. De nombreuses filières ont d'ores et déjà fortement progressé en termes de gradation et de qualité de prise en charge, la politique « qualité » étant d'emblée tournée vers la préparation de la certification conjointe des établissements parties. La mise en œuvre du GHT souffre cependant d'un manque de formalisation et de suivi.	2,8
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Les établissements parties sont sensibles à la nécessité de développer les relations avec la médecine de ville, politique qui n'est pas portée par le GHT lui-même. La télémédecine se développe dans plusieurs filières. Enfin, les Ehpad bénéficient des travaux engagés dans plusieurs domaines.	2,25
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	La mise en œuvre du PMP souffre d'un manque de formalisation et les instances ne peuvent bénéficier d'une vision consolidée de son état d'avancement, suivi par action et par indicateur. Aucune méthode d'évaluation n'est identifiée.	1,75



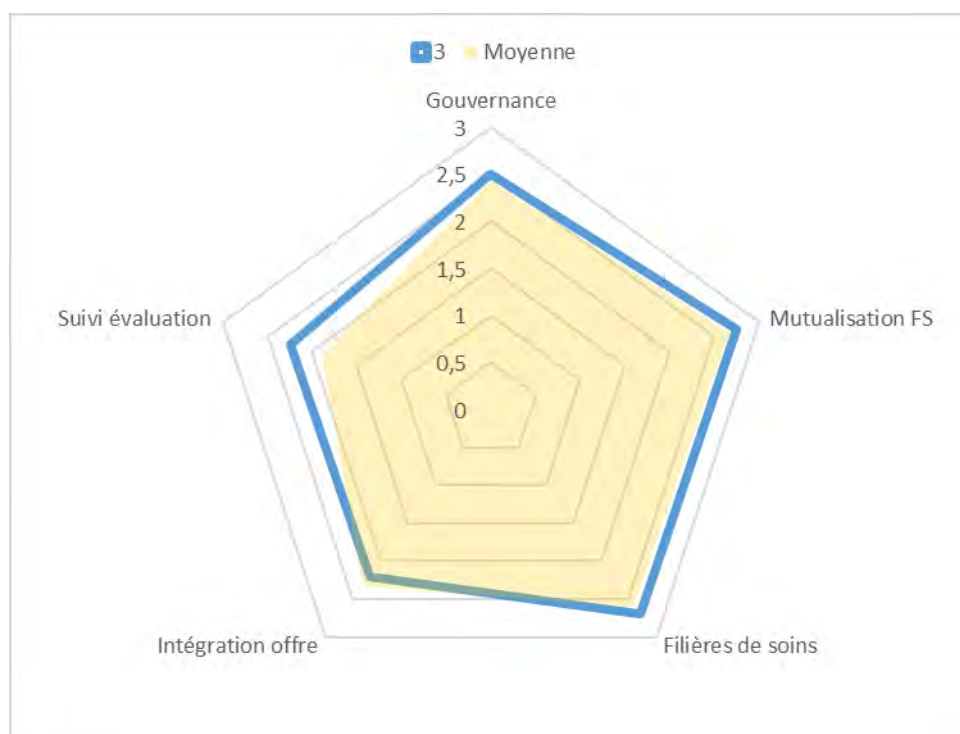
GHT 9

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Globalement le GHT est porté par une gouvernance active et dynamique, bénéficiant d'habitudes de travail antérieures au sein d'une CHT, et d'une réflexion claire sur son positionnement par rapport aux établissements. Sans surprise, la mobilisation au sein de la CTDS et du CTCL paraît plus faible.	2,6
2/ Niveau des mutualisations	Globalement les politiques menées sur les fonctions support répondent bien aux attentes de mutualisation, malgré des situations initiales qui n'apparaissent pas systématiquement favorables (SIH) ; elles sont portées de manière dynamique et sans heurt interne.	2,6
3/ Fonctionnement des filières	Le PMSP est de très bonne qualité et décline l'organisation territoriale et graduée des filières de soins. La mise en œuvre est organisée et suivie de manière dynamique, y compris pour la qualité des prises en charge.	3
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	L'articulation avec le secteur personnes âgées constitue un point fort du GHT, qui pâtit par contre du manque d'interlocuteurs représentatifs en médecine ambulatoire.	2,6
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	La méthode de suivi des projets de filières et sur les fonctions support paraît solide et permet aux instances de piloter la progression d'ensemble du GHT.	2,5



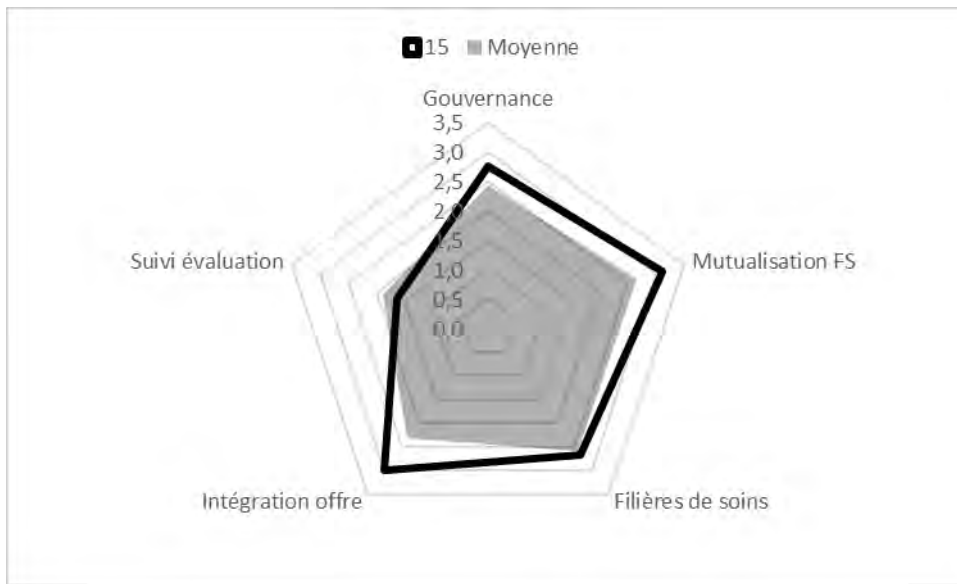
GHT 3

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Globalement, le GHT est bien piloté par des directions et des communautés mobilisées et qui ont compris le bénéfice à tirer de l'approche territoriale ; les points de vigilance portent sur l'associations des élus ; la politique territoriale d'associations des partenaires sociaux et des usagers reste à parfaire.	Moyenne : 2,5
2/ Niveau des mutualisations	Les politiques achat et SI sont intégrées de manière dynamique à la mise en œuvre du GHT, les politiques RH présentent également quelques aspects originaux. Une réflexion commune sur un schéma directeur immobilier commun est lancée.	Moyenne : 2,7
3/ Fonctionnement des filières	La logique médicale du GHT est bien appréhendée, le PMS est riche et complet, les travaux de gradation sont bien compris et portés. La politique qualité reste cependant à parfaire, les impacts ne sont pas encore appréhendés.	Moyenne : 2,7
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	L'articulation avec la ville est bien appréhendée par le GHT qui en fait un axe d'action important et soutenu. Mais la télémédecine et les relations avec le médico-social sont peu développées.	Moyenne : 2,2
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le suivi en mode projet est habituel, des indicateurs de suivi/réalisation y sont associés ; mais l'approche reste embryonnaire en matière d'évaluation	Moyenne : 2,25



GHT 15

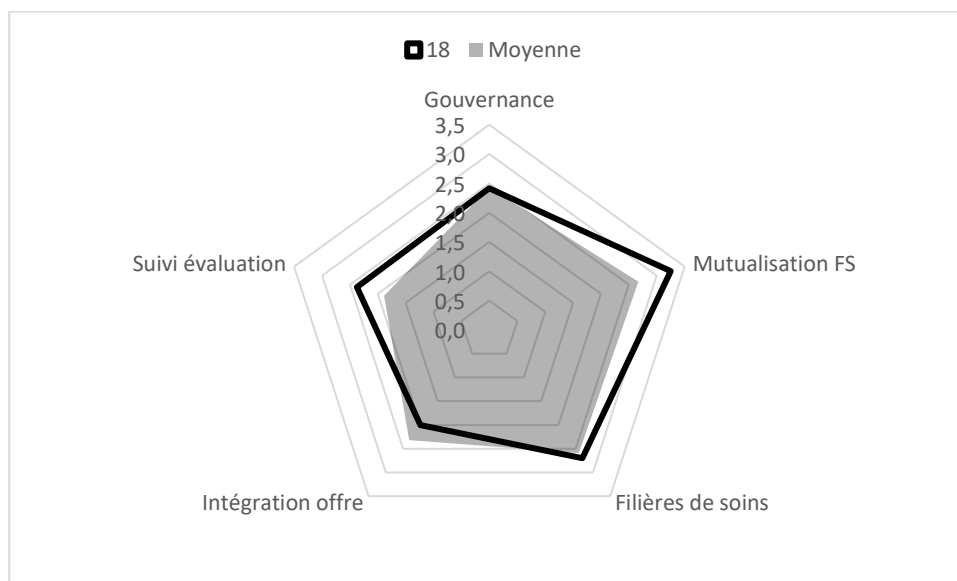
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	<p>Une configuration institutionnelle atypique, produit de directions communes et de fusions antérieures au GHT et qui se poursuit avec la perspective imminente d'un EPS unique et d'EHPAD associés.</p> <p>Une anticipation consécutive de la fusion des instances avec un fonctionnement harmonieux et opérationnel.</p>	2,7
2/ Niveau des mutualisations	<p>Les mutualisations sont facilitées par le modèle intégré de ce GHT. Et l'unité quasi-complète du SI. Des projets et démarches innovantes maintiennent une dynamique forte pour les développer et les consolider.</p>	3,1
3/ Fonctionnement des filières	<p>La structuration des filières est caractérisé par une forte implication des établissements hospitaliers et médico-sociaux ainsi que de leurs partenaires de la ville pour une meilleure articulation des prises en charge avec des programmes très opérationnels sur certaines pathologies ou populations.</p>	2,7
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	<p>L'ouverture à l'ensemble des acteurs de santé est réelle et précédait le GHT qui lui a donné un nouvel élan, facilité par son unité institutionnelle. L'appropriation d'une démarche de territoire, de parcours et de gradation des soins et la coordination des différents acteurs de santé constituent des atouts très forts pour ce GHT.</p>	3
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	<p>Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets, mais aucune méthode d'évaluation par des indicateurs de résultats n'est formalisée.</p>	1,6



GHT 18

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	L'étendue et le nombre d'établissements parties du GHT ont nécessité la mise en place d'instances originales et utiles, bureaux restreints et « coordinations de bassins ». La gouvernance d'ensemble repose sur le Costrat, un collège dont la dynamique doit être entretenue, et la CSIRMT. Les autres instances se réunissent mais, sauf exception, se placent dans un cadre informatif sans portage de la construction du GHT.	2,4
2/ Niveau des mutualisations	Les travaux relatifs aux fonctions support sont menés avec un fort dynamisme et une capacité d'anticipation réelle par rapport aux évolutions de textes récentes ou à venir, notamment dans le domaine des ressources humaines et d'un pilotage consolidé de GHT. La fonction achats est pilotée avec professionnalisme, sans négliger les besoins des hôpitaux de proximité. Compte tenu de l'hétérogénéité des SI au sein du GHT, la priorité est donnée au dossier patient partagé, et à un programme ciblé de déploiement de logiciels communs.	3,2
3/ Fonctionnement des filières	Le PMP constitue un document structurant basé sur des objectifs de gradation des soins par filière et parfaitement articulé avec la politique de qualité et de gestion des risques qui en constitue un des axes transversaux. Les porteurs de filières devraient être mieux légitimés et le mode de rapport devant le collège médical reste perfectible.	2,7

4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	La télémédecine se développe progressivement. Mais le GHT pâtit d'un manque de structuration de la médecine de ville ; la filière gériatrique prend en compte l'articulation nécessaire avec le secteur médico-social.	2
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le GHT a porté une attention particulière à l'outillage du suivi de mise en œuvre pour les fonctions support comme pour les filières de soins. Seule l'évaluation reste en jachère.	2,4



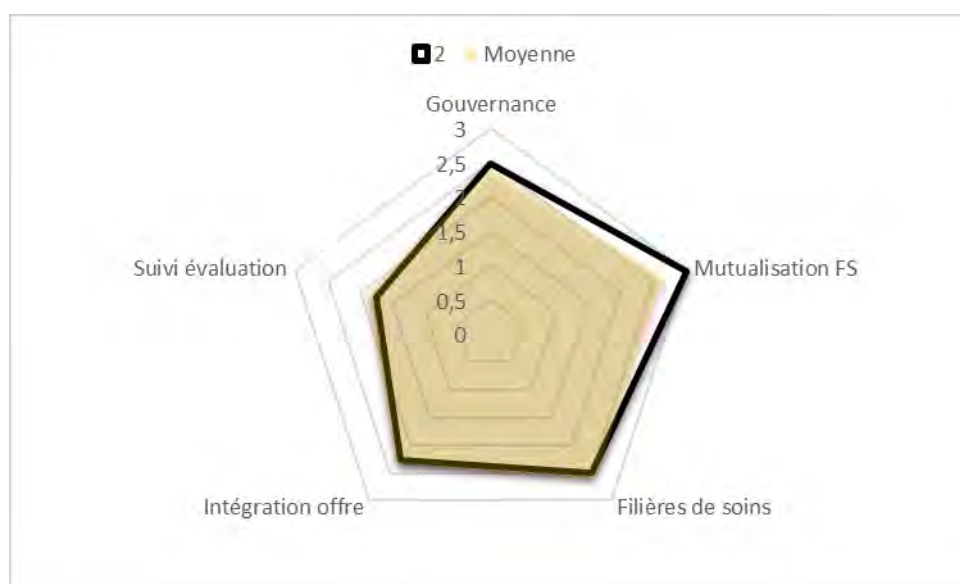
2 En route : les GHT « confiants »

5 GHT sur 18 se situent dans cette catégorie.

GHT 2

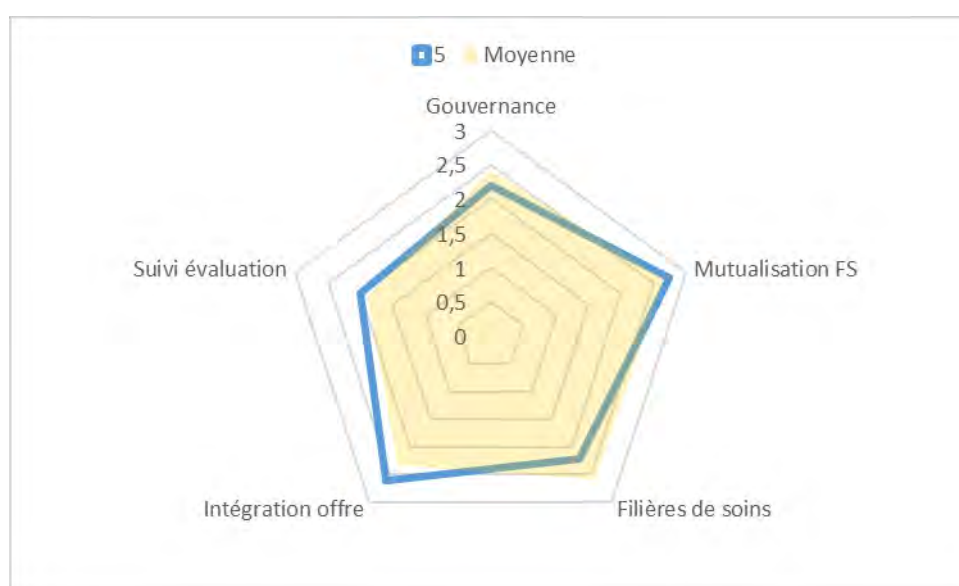
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Le fonctionnement du comité stratégique, comme du comité territorial des élus est fluide. Le rôle du bureau est essentiel car, à chacune de ses réunions mensuelles il fait un point sur les filières de soins priorisée dans le PMP et sur les fonctions support. Il contribue sur cette base et par ses propositions aux débats du COSTRAT et du comité des élus et à l'animation du GHT. Les autres instances sont en retrait.	2,5
2/ Niveau des mutualisations	Des actions construites sont menées pour l'harmonisation de la gestion des RH médicales et non médicales (recrutement, formation, modalités d'exercice multi sites notamment) en cohérence avec les	3

	<p>dispositions réglementaires, dans un contexte de démographie médicale tendue porteur de mutualisations.</p> <p>La fonction achats est sur les rails, soucieuse d'un équilibre entre standardisation des procédures et réponse aux besoins d'établissements de taille modeste.</p> <p>La convergence des SIH, dont les fondations sont posées, reste un chantier long et lourd, notamment du fait des disparités initiales et de capacités d'investissement dégradées.</p> <p>La démarche de mutualisation budgétaire conjugue ambition (réflexion qualitative coordonnée sur le budget G, l'investissement, et la fiabilité des comptes notamment) et délimitation (pas de fusion des PGFP et des trésoreries sans fusion d'établissements)</p>	
3/ Fonctionnement des filières	Le PMP est encore évolutif compte tenu de l'ajout à venir concernant la filière psychiatrie ; les objectifs sont posés, la mise en œuvre est inégale selon les filières : significative et porteuse de réelles réorganisations de l'offre de soins pour les urgences et l'imagerie, encore très partielle pour la gériatrie.	2,5
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Le GHT a un souci réel d'ouverture aux partenariats avec les établissements privés et avec la médecine de ville. Des initiatives concrètes sont prises (<i>c.f supra</i>)	2,25
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le suivi des projets est effectif et communiqué aux instances mais à défaut de méthode formalisée et d'indicateurs précis, l'état d'avancement des projets n'est pas toujours mesurable.	1,75



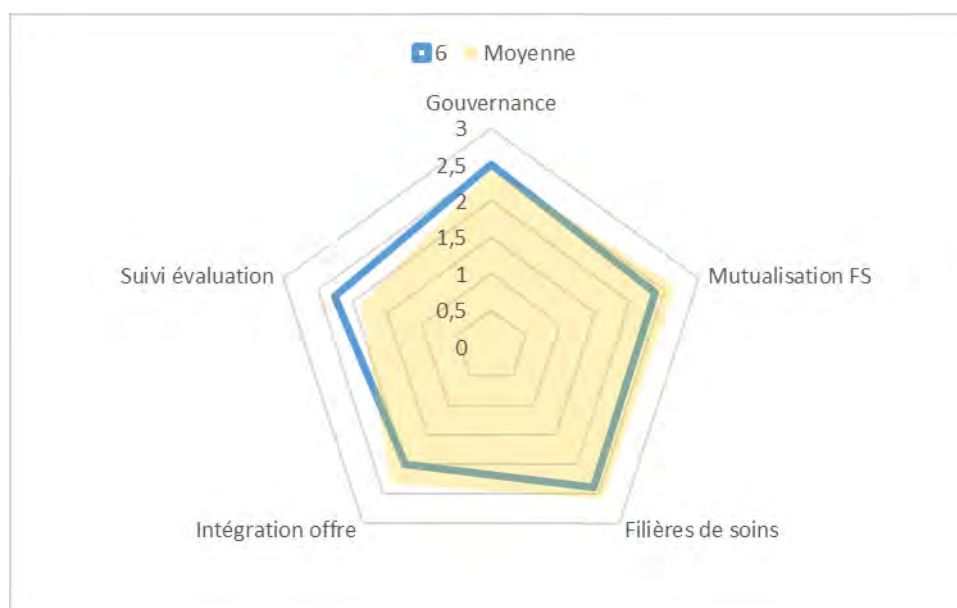
GHT 5

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Le contrat et la csirmt apparaissent comme les points de stabilité de la gouvernance qui a été déséquilibrée par la vacance temporaire du collège médical, dont la relance est prioritaire. Les autres instances se réunissent sans dynamique notable.	2,2
2/ Niveau des mutualisations	Les mutualisations de fonctions support sont favorablement engagées, avec quelques aspects originaux à noter (GPMC, ouverture du SI sur la ville) et malgré des tensions liées à une vision volontariste de l'établissement support.	2,7
3/ Fonctionnement des filières	Le PMSP porte une dimension sociétale et santé publique assez originale. Les objectifs de gradation par filière sont identifiés mais les obstacles liés à la situation de la démographie médicale- comme à l'absence de collaboration antérieure au sein du territoire- freinent la mise en œuvre. La relation avec le CHU apparaît de qualité, sans doute du fait de collaborations traditionnelles de proximité.	2,2
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Compte tenu des tensions sur les ressources médicales, à l'hôpital comme en ville, le GHT porte une attention particulière aux relations avec son environnement et développe des actions particulières en la matière (SI, télémédecine, prise en charges des enfants handicapés moteur)	2,6
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le suivi en mode projet des actions portant sur les fonctions support est correctement assuré. Le suivi de mise en œuvre du PMSP a pâti de la vacance du collège médical. L'évaluation n'est pas formalisée.	2



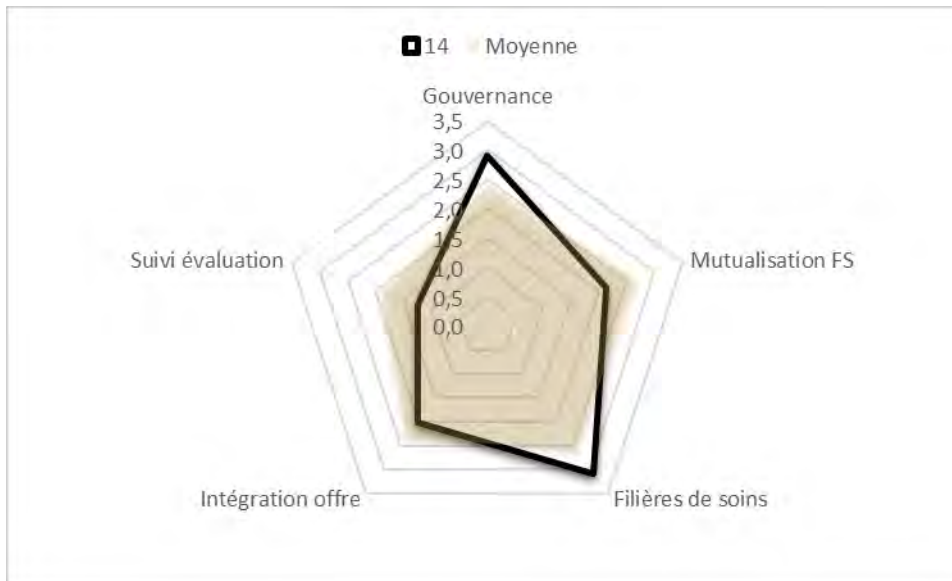
GHT 6

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Le fonctionnement des instances est marqué par une vision participative. Les instances se réunissent régulièrement, une réelle dynamique est créée au sein du contrat (préparé par un codir) du collège médical et du CSIRMT - malgré des difficultés de fond (deux communautés hospitalières principales très distantes) et une lourdeur d'ensemble soulignée.	2,5
2/ Niveau des mutualisations	Les compétences de l'établissement support sur les fonctions achats et SI sont bien prises en charge, des projets lourds engagés en particulier sur la convergence des SI. Les mutualisations en matière RH et budget sont menées <i>a minima</i> .	2,4
3/ Fonctionnement des filières	Malgré des documents institutifs de qualité, et un pilotage qui se met en place, le GHT est tributaire d'une situation structurelle complexe (deux territoires non collaboratifs, concurrence du secteur privé et de la région voisine) qui rend la progression difficile en termes de gradation des filières. Les filières médico-techniques ne sont pas abordées. Le thème de qualité des prises en charge est pris en compte de manière volontaire.	2,4
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	L'intégration du GHT dans son environnement est bien perçue comme prioritaire compte tenu des contraintes géographiques et démographiques du territoire. Des orientations concrètes sont perceptibles de manière sectorielle (filière gériatrie..), mais il n'apparaît pas de ligne directrice d'ensemble, tant dans le domaine de la télémédecine (non traitée en tant que telle dans le PMP), que dans les relations avec la médecine ambulatoire (dont l'organisation reste balbutiante).	2
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Globalement le suivi formalisé en mode projet est réservé aux fonctions support. Un dispositif de pilotage et suivi très ambitieux est prévu par le PMP mais sa mise en œuvre concrète n'a pu être vérifiée. Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets (un dispositif plus formalisé étant prévu pour le PSP), mais aucune méthode d'évaluation des effets n'est mise en place.	2,25



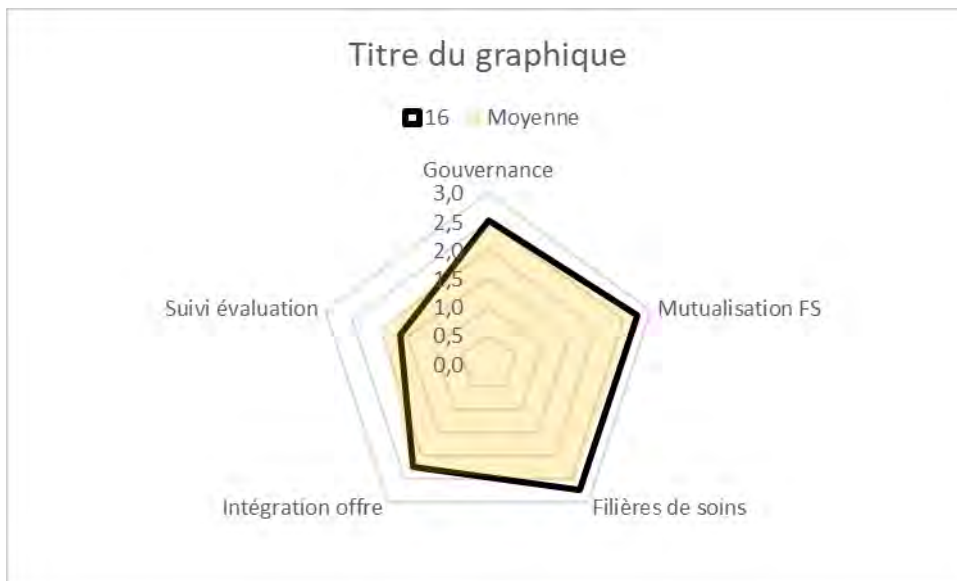
GHT 14

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	<p>Un GHT de taille moyenne comportant toutes les composantes d'activité (MCO, Psy, MS).</p> <p>Une mise en place prudente mais solide.</p> <p>Le comité paramédical est actif et présent sur les dossiers difficiles.</p> <p>Une gouvernance sereine malgré une attitude dissidente d'un établissement.</p>	2,9
2/ Niveau des mutualisations	<p>Une conduite prudente voire frileuse des mutualisations.</p>	2,1
3/ Fonctionnement des filières	<p>Un PMSP complet et bien soutenu par les communautés médicales. Les bases de l'organisation en filières de soins sont correctement posées et s'appuient sur deux dynamiques essentielles l'organisation médicale territoriale et une démarche qualité très affirmée.</p>	3,1
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	<p>Si la télémédecine est peu présente, les actions de coordination ville-hôpital traduisent un certain dynamisme. La dimension médico-sociale est présente dans et autour du GHT.</p>	2
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	<p>Si le pilotage est solidement structuré les dispositifs et les outils sont peu documentés.</p>	1,25



GHT 16

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Les instances exécutives du GHT sont actives et engagées dans la mise en œuvre et le suivi des projets par filières, ainsi que des fonctions supports. Les instances consultatives fonctionnent bien et l'exécutif du GHT veille à associer les élus dont le comité se réunit régulièrement.	2,5
2/ Niveau des mutualisations	Des avancées significatives dans la mutualisation des RH notamment médicales. Des projets sont établis sur la convergence des SI. La fonction achat est mutualisée pour l'ensemble du GHT. Les réalisations sont plus modestes dans le domaine des finances.	2,75
3/ Fonctionnement des filières	Le GHT est caractérisé par une dynamique forte de son projet médical et de soins avec des priorités définies et des réalisations tangibles même si elles sont encore à conforter. Les risques liés à la désertification médicale sur certaines aires géographiques du GHT sont au centre des préoccupations et actions des responsables du GHT comme en atteste le développement du temps partagé.	2,75
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Les articulations tant avec le secteur médico-social qu'avec la ville sont encore à conforter même si des actions et projets sont en cours. Cet objectif, considéré comme important donne lieu depuis 2019 à une réunion annuelle du comité stratégique dédiée aux partenariats.	2,25
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Les instances sont régulièrement saisies du suivi des projets, mais aucune méthode d'évaluation des effets n'est formalisée et tracée pour l'ensemble des thématiques sauf quelques actions ciblées.	1,6



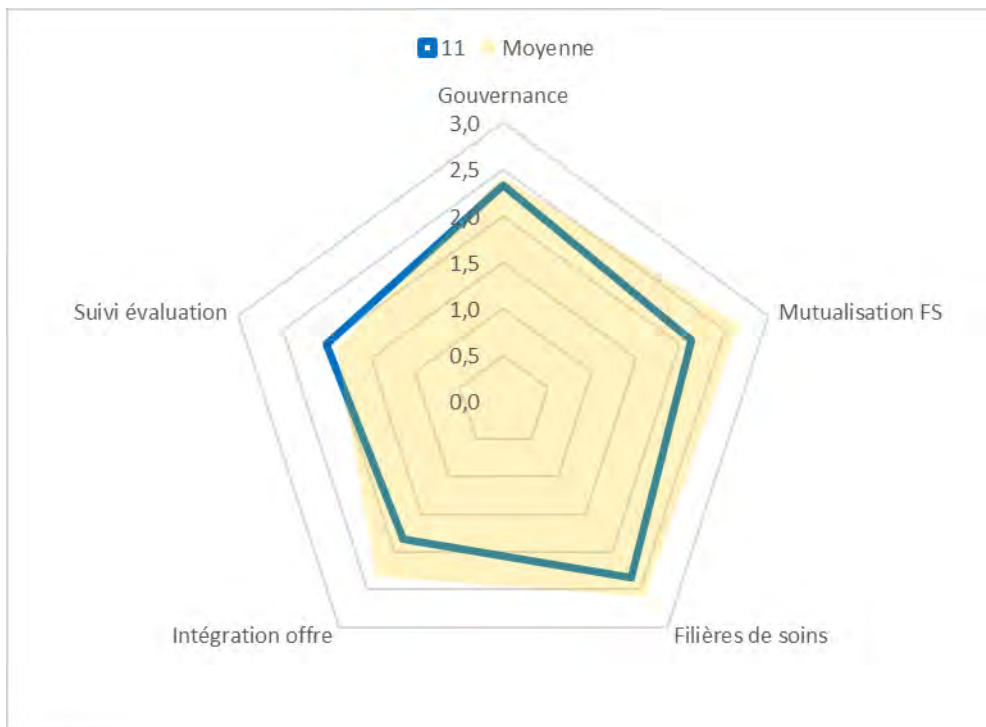
3 En développement : Les GHT « hésitants »

6 GHT se trouvent dans cette situation.

GHT 11

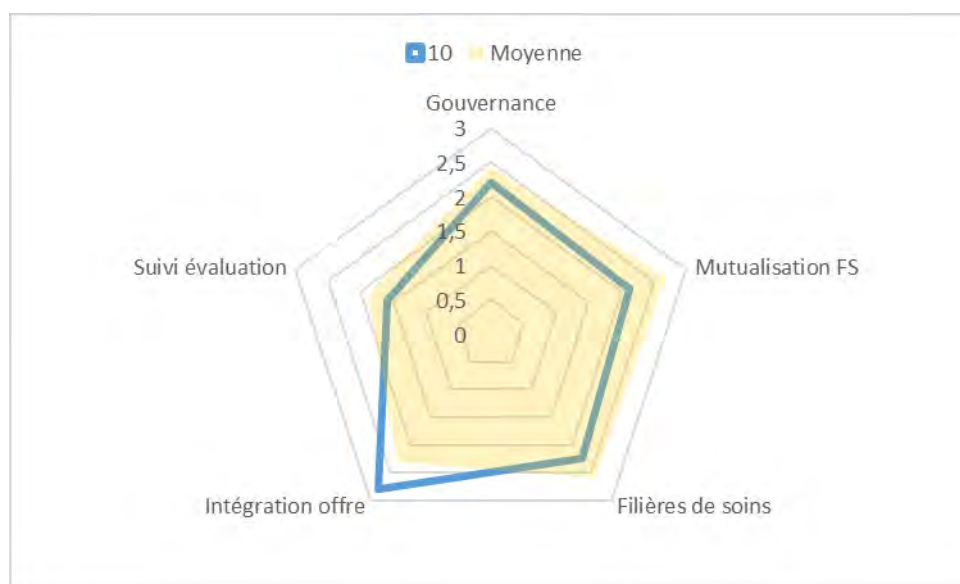
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Les instances majeures, comité stratégique, collège médical et comité des soins infirmiers fonctionnent correctement et compensent un certain formalisme par une dynamique de communautés impulsée en 2017 et qui paraît se maintenir malgré les difficultés. Les élus participent peu. Les OS s'en tiennent aux compétences limitées de la CTDS. Les usagers s'approprient progressivement la CDU au niveau territorial.	2,3
2/ Niveau des mutualisations	Le fonctions SIH et achats se mettent en place difficilement au niveau du GHT et paraissent souffrir soit d'un manque de compétences et de moyens, soit de difficultés techniques, soit d'un manque d'adhésion stratégique. Le budget G est opérationnel. Compte tenu des besoins territoriaux, la politique RH est impulsée de manière assez volontariste.	2,1
3/ Fonctionnement des filières	La forte dynamique initiale lors de la construction du PMP, ambitieux et très charpenté, a été altérée par un objectif de suivi en mode projet, trop lourd et inadapté aux moyens mobilisables. Néanmoins, et malgré une majorité d'actions non encore lancée, certaines filières se structurent et le GHT bénéficie d'un acquis antérieur en la matière. Aucun aspect saillant dans la convention d'association avec le CHU. Le suivi d'impact reste à	2,3

	structurer. A noter une problématique de répartition des moyens médicaux au profit de certains établissements parties, à laquelle il semble impossible de répondre positivement à ce stade.	
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Le lien GHT/médico-social paraît constitué. Par contre, il ne paraît pas y avoir de vision consolidée des relations Ville/hôpital. La télémédecine apparaît comme un apport dans certaines filières sans portage d'ensemble.	1,8
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le PMP était très ambitieux en termes de suivi et n'a pu être mis en œuvre de ce point de vue. Néanmoins, hormis l'absence de méthode d'évaluation, le suivi en mode projet reste un objectif, atteint de manière variable selon les filières, et correctement pour le PSP. L'établissement d'un bilan à deux ans du PMP montre le maintien d'une dynamique globale de projet et la mobilisation des instances compétentes.	2



GHT 10

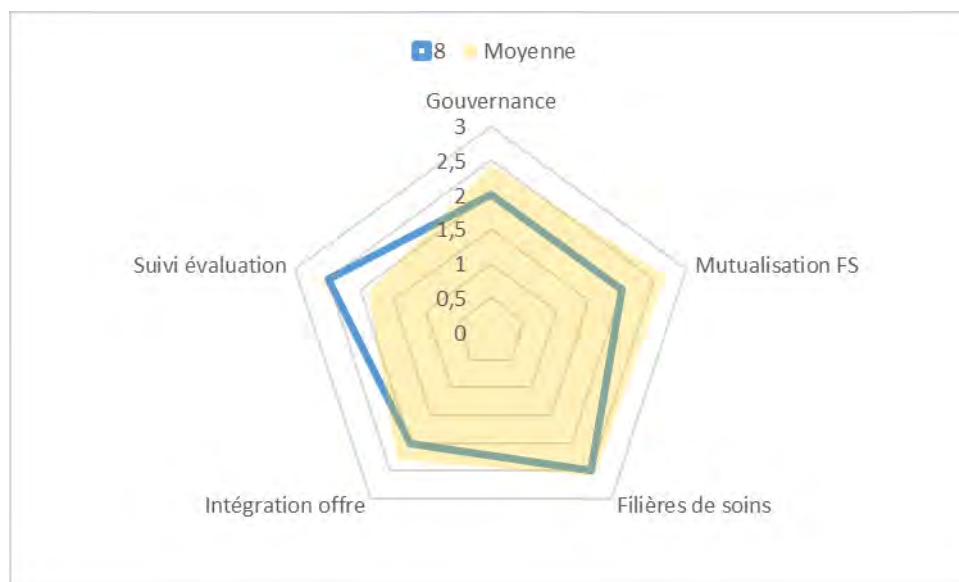
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	La gouvernance du GHT est porteuse d'une dynamique perceptible, à l'exception de la CTDS qui ne se réunit pas et du CTEL qui ne s'est réuni qu'une fois. Elle est tributaire de limites inhérentes au GHT, divisé en deux bassins de population distincts et sans tradition de coopération entre les deux CH de taille équivalente qui les desservent. Dans ce cadre, elle réussit à créer une coopération réelle, même si elle n'atteint pas les objectifs assignés aux GHT. Les acteurs sont clairement attachés aux instances d'établissement, jugées irremplaçables, mais admettent désormais la plus-value attachée à une approche collaborative et comparative permise par le GHT.	2,2
2/ Niveau des mutualisations	A l'exception de la fonction achats, qui bénéficie d'une antériorité de la collaboration sur le territoire, les fonctions support sont mutualisées <i>a minima</i> et sans spécificité.	2,1
3/ Fonctionnement des filières	Le PMSP constitue un document de coordination ample, bien construit, et bien décliné en mode projet, mais qui se heurte aux caractéristiques structurelles mentionnées du GHT. Dans ce cadre, les efforts d'articulation avec la politique QGDR sont notables, tout comme le soutien apporté par le CHU, en termes de moyens et de niveau de recours.	2,25
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Le GHT promeut plusieurs actions emblématiques de télémédecine, dont un dispositif de téléconsultation et téléexpertise en ehpad. L'articulation avec la médecine de ville est une préoccupation partagée par les établissements parties qui peuvent s'appuyer sur la structuration en cours (MSP, CPTS), sans que la valeur ajoutée propre du GHT soit évidente. La prise en charge des personnes handicapées fait l'objet d'une réelle attention ; les actions repérées avec les Ehpad portent sur le lien de téléconsultation et téléexpertise, ainsi que sur le déploiement d'IDE.	2,8
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le suivi en mode projet du PMSP est en place mais ne porte que sur les objectifs énoncés et ne concerne donc que marginalement la gradation des prises en charge. Les indicateurs de suivi ne sont pas spécifiques au GHT. Pas de méthode d'évaluation repérée.	1,6



GHT 8

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	La gouvernance du GHT assez formelle, repose en réalité sur des formations intermédiaires plus légères. CTDL et CTDS pèsent peu ou pas parmi les instances du GHT, tandis que la CDU se positionne difficilement au niveau territorial. La CSIRMT fonctionne de manière dynamique, mais pâtit d'un PSP faiblement articulé avec le PMP et la politique qualité.	2
2/ Niveau des mutualisations	La politique des achats du GHT est menée de manière efficace et pertinente avec une attention portée aux possibles aux travers de la centralisation. Parcontre, la politique SI pâtit de l'hétérogénéité des systèmes existants et de problèmes conjoncturels d'organisation – malgré la mise en place formelle de la DSI et du SDSI ; la convergence organisée par un DPI sera retardée. Les politiques RH et budgétaires sont menées <i>a minima</i> .	2
3/ Fonctionnement des filières	Le PMP est pertinent au regard des objectifs territoriaux de gradation et qualité ; il est décliné dans des projets concrets filière par filière et porté de manière opérationnelle par des leaders motivés et dans un cadre institutionnel précisé (trios de filières, suivi d'indicateurs, présentation aux instances). L'articulation avec la politique « qualité » est encore en définition et le suivi montre un impact sur les moyens médicaux et la maîtrise de certaines filières.	2,5
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Les partenaires de l'hôpital sont pris en compte au niveau des établissements. Le GHT lui-même pâtit du manque d'interlocuteurs en ville (absence de CPTS) et d'un recensement inachevé des articulations avec le médico-social- ce qui n'empêche pas un travail concret dans le cadre des filières concernées. Des projets concrets de	2

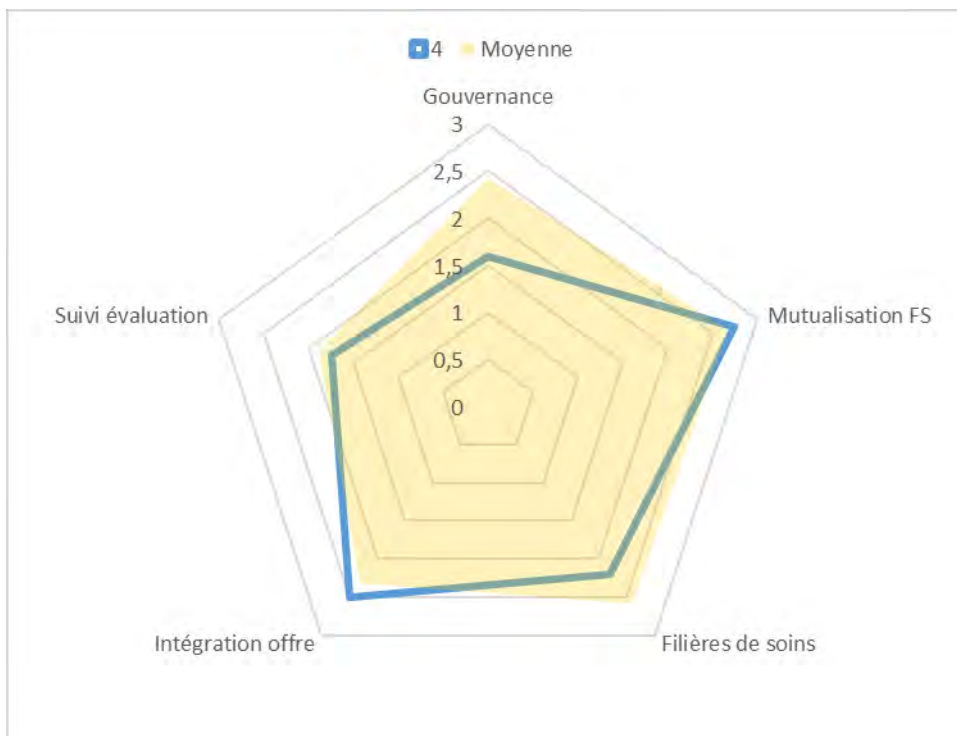
	télémedecine sont menés, mais sans plan de développement d'ensemble.	
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Les modalités de suivi des projets menés par le GHT sont pertinentes. S'agissant du PMP, on note parfois, au-delà des indicateurs de suivi, des tentatives pour formaliser certaines évaluations d'impact.	2,5



GHT 4

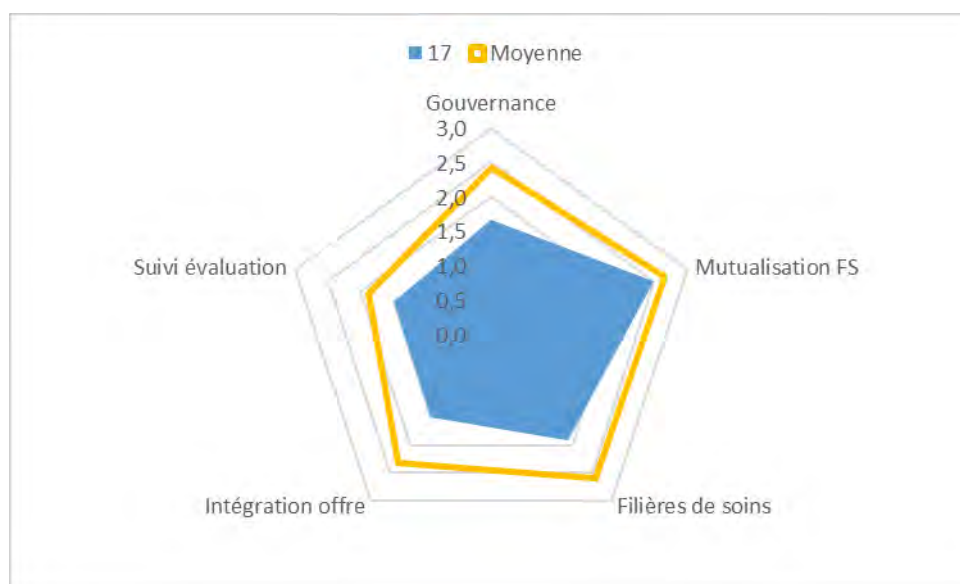
Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Globalement la dynamique de fonctionnement des instances du GHT est faible ; l'historique de la CHT n'a pas conduit à investir le GHT en tant qu'institution territoriale, sauf au contrat et au comité paramédical.	1,8
2/ Niveau des mutualisations	Le niveau de mutualisation des fonctions support paraît très satisfaisant, favorisé par l'antériorité des collaborations en matière d'achats et un volontarisme certain sur les SI.	2,75
3/ Fonctionnement des filières	L'antériorité de l'approche territoriale initiée avec la CHT et le dynamisme de la communauté paramédicale permet d'afficher des acquis, y compris en termes de qualité des prises en charge. Mais la dynamique du GHT n'est pas vraiment enclenchée sous l'angle des filières de soins. Le pilotage n'est pas actif et une nouvelle version du PMP doit être rédigée.	2,2
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	La télémedecine n'apparaît pas comme un objectif majeur, mais l'articulation avec la ville fait l'objet d'une attention forte, perceptible dans plusieurs domaines (SI, qualité...) et favorisée par la constitution d'une CPTS liée au GHT pour la construction de parcours de soins.	2,5

5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	La méthode d'évaluation n'est pas formalisée. Le suivi est inégal, clair dans les domaines FS et PSP, faible dans le domaine PMP.	1,75
---	---	------



GHT 17

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Malgré un leadership naturel et des atouts, le CH support peine à dynamiser son GHT et sa gouvernance.	1,7
2/ Niveau des mutualisations	Les politiques RH et SI sont assez peu soutenues, contrairement aux politiques d'achats mutualisés ; la mise en œuvre du budget G est conforme aux textes.	2,5
3/ Fonctionnement des filières	La structuration en filières a été fait, mais la gradation des soins n'apparaît pas de façon claire. Les impacts sont peu perceptibles pour des causes qui ne tiennent pas seulement au fonctionnement du GHT lui-même. Un GHT entravé par un territoire marqué par une partition naturelle et géographique.	1,9
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	L'établissement support handicapé par ses propres difficultés peine à s'ouvrir sur son environnement.	1,5
5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	Le dispositif de suivi est peu développé ; absence de méthode d'évaluation.	1,5



GHT 13

Axe d'évaluation	Appréciation de synthèse	Note moyenne
1/ Intégration de la gouvernance	Les instances fonctionnent, sans difficultés signalées à l'exception de la lourdeur du dispositif liée aux redondances multiples entre instances d'établissement et instances GHT qui peuvent expliquer la réduction à partir de 2018 des réunions du comité stratégique. L'appréciation de l'activité réelle des instances reste difficile à défaut de communication par l'établissement support des comptes rendus et ordres du jour, malgré les demandes réitérées de la mission.	2
2/ Niveau des mutualisations	Un investissement important dans le domaine de la mutualisation des RH médicales face aux tensions de la démographie professionnelle. Les résultats ne sont encore que partiellement mesurables. La démarche de mutualisation SI est construite et effectivement engagée. Dans le domaine des achats les fondamentaux sont posés Dans le domaine des finances la mutualisation est minimale.	2,4
3/ Fonctionnement des filières	Pour la mise en œuvre du PMP, le travail par filières est structuré et fait l'objet d'actions concrètes pour assurer la continuité médicale dans différentes disciplines. La démarche qualité reste essentiellement axée sur la préparation de la certification.	2,5
4/ Intégration dans l'environnement de l'offre de soins	Un engagement fort dans la télémédecine et de premières réalisations concrètes. l'articulation avec le secteur médicosocial est à développer de même que les liens avec la médecine de ville	2,25

5/ Dispositif de suivi-évaluation <i>in itinere</i>	L' action du GHT donne lieu à un suivi partagé avec l'ARS qui ne constitue cependant pas une évaluation fondée sur des indicateurs prédéterminés.	1,2
---	---	-----

