



Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

La vision méthodologique du CNEH

Aude PINEL LUCAS

Claire MARGARIT



PRÉSENTATION DU CNEH



Spécialiste santé, le CNEH accompagne les établissements sanitaires et médico-sociaux



- Le CNEH est constitué sous forme associative et fédère 560 adhérents, établissements hospitaliers publics et privés, établissements médico-sociaux, acteurs institutionnels et sociétés savantes.

Positionné sur le seul secteur de la santé, le CNEH a pour vocation d'apporter aux structures sanitaires, médico-sociales et aux institutionnels un accompagnement complet sur l'ensemble de leurs problématiques, stratégiques, organisationnelles, ou juridiques. Notre connaissance approfondie de votre environnement nous permet de construire avec vous les solutions concrètes et performantes que vous attendez.

- Nos solutions formation se différencient par leur enracinement métier, les innovations qu'elles apportent, et la qualité de notre relation clients.
- Nos formations sont conçues comme un temps d'acquisition de compétences pratiques. Elles mettent en œuvre une pédagogie active (études de cas, échanges, retours d'expérience), ancrée dans une pratique avérée de la transmission de savoir et de savoir-faire issue de notre expérience terrain.

Une croissance continue :

- Plus de **10 millions d'euros** de chiffre d'affaires
- Plus de **560** adhérents
- **70** collaborateurs permanents, **40** consultants
- **190** experts associés
- **4.400** stagiaires en formation inter établissements
- **685** formations dans les établissements
- **190** missions de conseil





Stratégie

- Préfiguration de CHT
- Projets de territoire, d'établissement, de pôle
- Priorisation des projets de développement et de transformation d'activités
- Mise en cohérence des projets des différents pôles d'activité, élaboration des plans d'actions détaillés, suivi et accompagnement de la mise en œuvre opérationnelle
- Constitution et pilotage des pôles d'activité : projets de pôle, contrats de pôle, règles de déconcentration de gestion

Activités médico-techniques et logistique

- Audit organisationnel et audit fonctionnel : bloc opératoire, laboratoire de biologie, service d'imagerie, service des urgences
- Équipements biomédicaux : politique de maintenance, accompagnement au renouvellement des équipements médicaux, plan d'investissement, maintenance de la nomenclature CNEH des équipements hospitaliers
- Biologie médicale : accréditation de laboratoire
- Imagerie : conduite de projet réseaux d'images PACS, RM, radiologie conventionnelle
- Pharmacie : organisation et certification de service, circuit du médicament, bon usage, dispositifs médicaux, fluides médicaux, pharmacovigilance
- Logistique
- Alimentation et nutrition

Évaluation, qualité, gestion des risques

- Certification HAS (préparation, autoévaluation)
- Certification ISO 9001 d'un établissement ou d'un service
- Démarche qualité (audit interne, documentation qualité, contrôle qualité ...)
- Évaluation des pratiques professionnelles
- Management des risques

RH et management

- Management et conduite du changement
- GPMC
- Projet social, audit du climat social
- Gestion administrative et statutaire des personnels
- Recrutement, fidélisation et évaluation
- Accompagnement des personnels
- Communication interne
- Communication institutionnelle

Finance, contrôle de gestion, information médicale

- Finances hospitalières
- EPID
- Contrôle de gestion médicalisé
- Stratégie d'investissement
- Facturation
- Information médicale

Système d'information

- Schéma directeur
- Assistance au déploiement du SIH
- Gestion de l'identité patient
- Sécurité et qualité de l'information
- Informatisation des services

AMO, immobilier

- Élaboration de plans directeurs immobiliers
- Élaboration de plans d'équipement
- Programmation
- Assistance à maîtrise d'ouvrage
- Montages juridico-financiers des projets immobiliers

JuriSanté

- Coopération sanitaire
- Coopération sociale et médico-sociale
- Gouvernance des établissements
- Commande et marchés publics
- Fonction publique hospitalière et statuts des personnels
- Patrimoine hospitalier
- Droits des malades
- Dossier du patient
- Garde de direction
- Responsabilité et assurances
- Recherche biomédicale

Gérontéval

- Projet d'établissement médico-social : projet de soins, projet de vie et projet social
- Filière de prise en charge : évaluation gérontologique, court séjour gériatrique, SSR gériatrique...
- Alzheimer : prise en soin spécifique et création d'unités
- Optimisation du management en EHPAD
- Architecture et gérontechnologies
- Alternatives à l'hébergement complet en EHPAD
- AGGIR et PATHOS
- Démarche qualité et gestion des risques en EHPAD
- Prise en soin des personnes handicapées vieillissantes
- Accueil, accompagnement et éthique
- Évaluation EVA (habilitation ANESM)

Le CNEH met cap au sud !

Pour le CNEH, le défi de la proximité
«c'est faire mieux à moindre coût»

La rapidité des communications...



une offre de proximité

1. des formations organisées dans les métropoles du sud : Toulouse, Montpellier, Aix
2. un soutien juridique aux établissements
3. des journées d'information et petits déjeuners gratuits pour ses adhérents

ne remplace jamais...

...la proximité des relations

Nos correspondants CNEH régionaux:

❖ Pour Aquitaine: **Brigitte DE LARD**, Juriste, Consultante brigitte.delard@cneh.fr

❖ Pour Midi-Pyrénées: **Aude PINEL-LUCAS**, économiste de la santé, Consultante, référente médico-social Région Sud; aude.lucas@cneh.fr 06 33 53 87 11

❖ Pour Languedoc-Roussillon et PACA: **Claire MARGARIT**, Consultante, Responsable de production région sud; claire.margarit@cneh.fr; 06 22 92 29 41

➔ Des bureaux pouvant accueillir des réunions et des groupes en formation : Espace optimum center, 450 rue Baden Powell, 34000 Montpellier

➔ Une équipe de consultants et d'experts du secteur sanitaire et du secteur médico-social, présents dans le sud, qui vit au quotidien les problématiques de terrain des professionnels.



ELEMENTS JURIDIQUES RAPIDES

La loi HPST- les règles du jeu des CHT

Les principes des CHT dans la loi HPST

Art.L.6132-1 CSP

« Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. »

Les règles du jeu

- Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT.
 - La convention prend en compte la notion d'exception géographique.
 - Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de CHT.
 - Les ESPIC peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une CHT, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public.
-
- La CHT reste une coopération purement conventionnelle
 - La convention de CHT ne crée pas de structure de coopération, dotée de la personnalité juridique
 - Conséquence: la portée du partenariat reste limitée :
 - Pas de recrutement de personnels propres
 - Pas de patrimoine propre
 - Pas d'autonomie de gestion.



La loi HPST- la convention de CHT

Le contenu de la convention



1. le projet médical commun de la CHT et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires
2. les modalités de mise en cohérence des CPOM, des projets d'établissement, des PGFP et des programmes d'investissement des établissements
3. les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers
4. en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus
5. le cas échéant, les modalités d'articulation entre les EPS signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics
6. la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention

La loi HPST- Les GCS dans la loi

Les principes des GCS dans la loi HPST

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est la forme privilégiée de coopération public/privé mais il peut également servir de support à la coopération public/public et privé/privé.

La loi distingue désormais

- o GCS de moyens

- o GCS établissement, c.à.d. GCS titulaire d'une autorisation d'activité de soins

- o Le GCS de moyens :

- Un budget

- Des contributions des membres dans les conditions du règlement intérieur

- Attention, ne pas confondre coopération et vente de prestations (enjeu fiscal)

- Une convention constitutive pour fixer les règles du jeu

- Un administrateur, qui assure la gestion du groupement

- Des prestations médicales croisées.

- o Le GCS établissement de santé :

- Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le GCS est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents.

- Lorsque le GCS est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, avec quelques adaptations



NOTRE VISION D'UNE CHT

Les leviers essentiels pour que ça démarre

- Les leviers évidents :
 - l'injonction ARS
 - des difficultés financières quasi impossibles à résoudre seuls
- Les leviers à mettre en évidence : la concurrence du secteur privé
- Un levier qui n'en est pas vraiment un :
 - l'intérêt pour les médecins d'un exercice médical diversifié / d'un recours en cas de difficulté vers le gros site. En général entre 2 établissements petits / moyens (puisque les CHU sont exclus), il n'existe pas une si grande différence de pratiques que ça.



Deux co-opérateurs

Loi HPST =
Loi des
« Patrons »

Le Directeur de l'ARS

- « Patron » des coopérations/fusions dans le cadre du territoire régional
 - Pouvoir hiérarchique
 - Pouvoir financier

Le Directeur du Centre Hospitalier de référence

- « Ex Patron » des coopérations dans le cadre d'un bassin hospitalier et/ou d'un Territoire de Santé
 - Uniquement pouvoir de convaincre depuis la loi HPST, sauf si direction unique
- | | | |
|----------------------|---|-----------------------|
| <u>Avant Larcher</u> | | <u>Après loi HPST</u> |
| • Obligation CHT | → | Possibilité |
| • CHT EPS | → | CHT convention |

Des mécanismes d'incitation

La carotte

- Institution → MIGAC (+15%) pour CHT ou GCS jusqu'au 31/12/2012 → Financement des projets de préfiguration (circulaire du 21/09/2009)
- Les hommes → Promotion

Le bâton

- Institution → Diminution des dotations de financement
- Les hommes → Evaluation/Sanction

Des résultats attendus à temporalité variable

Restructuration/Fusion

- Résultats rapides → Unicité de responsabilité et de décision
- Gestion organisationnelle et sociale complexes et à risques
Risque moindre si la dot de l'Etat pour le « mariage forcé » est un hôpital neuf (possibilité de créer le rêve)

Restructuration/Coopération

- Résultats très progressifs → Recherche de consensus
- Gestion organisationnelle et sociale plus paisible car conduite pas à pas
Risque, s'il n'y a pas de direction unique, de ne jamais dépasser le cap du plus petit commun dénominateur (exemple historique des syndicats inter-hospitaliers)

Les déterminants de la coopération CHT

- L'amour ?
- L'argent : Quelques incitatifs (le must : un hôpital neuf)
- La contrainte: Injonction de la tutelle
- **La raison** : Inscrire les hôpitaux d'un territoire dans une perspective de développement durable
 - Impossibilité de garantir la continuité et la qualité du service public (difficulté de recrutement médical, taille insuffisante...)
 - Difficulté à garantir la fluidité dans les filières de prise en charge (médecine de ville / services médico-sociaux)
 - Difficulté à faire face à la concurrence (stratégie de groupe public à opposer à la stratégie de groupe privé)
- **Une perception partagée des enjeux stratégiques dans le cadre du territoire**
 - Les acteurs internes : médecins, cadres, syndicats...
 - Les acteurs externes : maires, élus, médecins de ville ...
 - Les décideurs : directeur général de l'ARS, les directeurs, les directoires

Les freins essentiels

- Les hommes qui ne veulent pas travailler ensemble
- L'aspiration quasi systématique des disciplines MCO du petit vers le gros : frein chez les directeurs / les médecins / le personnel / les élus politiques.
- La difficulté pratique de la mise en œuvre d'un exercice médical partagé sur 2 établissements :
 - la difficulté à mutualiser la permanence des soins
 - La difficulté à imposer des conditions de travail (exercice sur 2 sites) moins favorables que le statu quo
 - La perte de rémunération potentielle si partage de la garde.

Conclusion

- Mettre en commun des plateaux logistiques :
 - Socialement complexe, mais techniquement relativement simple
 - Economies d'échelles rapides
- Se partager les activités médicales pour faire des économies d'échelles ?
 - Soit transfert complet du MCO vers le gros, dans ce cas économies d'échelle effectives et assez rapides, mais est ce faisable et souhaitable ??
 - Soit transfert partiel mais dans ce cas obligation de maintenir des gardes / astreintes / etc, qui ne permettent pas d'économie évidente.

Un peu de sémantique

Coopérer

Champ médical

Travailler et
partager
ensemble

$1+1=2>2$

Mutualiser

Champ logistique

Fusionner

Se regrouper

$1+1=1>>2$



NOTRE METHODE DE TRAVAIL

Projet médical et logistique de territoire

Projet Médical Commun dans le cadre du territoire (stratégie médicale)

Préfiguration

Analyse de situation, Pré-diagnostic Projet Médical	Séminaire décisionnel Go-NoGo
Analyse de situation, Pré-diagnostic Projet Logistique	Directoires Comité stratégique

GO

Figuration des scénarii

Formation-action	Construction des scénarii de complémentarité et/ou de regroupement	Séminaire conclusif
Chef de projet clinique, médicotechnique, recherche enseignement	Dimensionnement du programme médical Projet médical	Directoires Comité stratégique

Cadrage

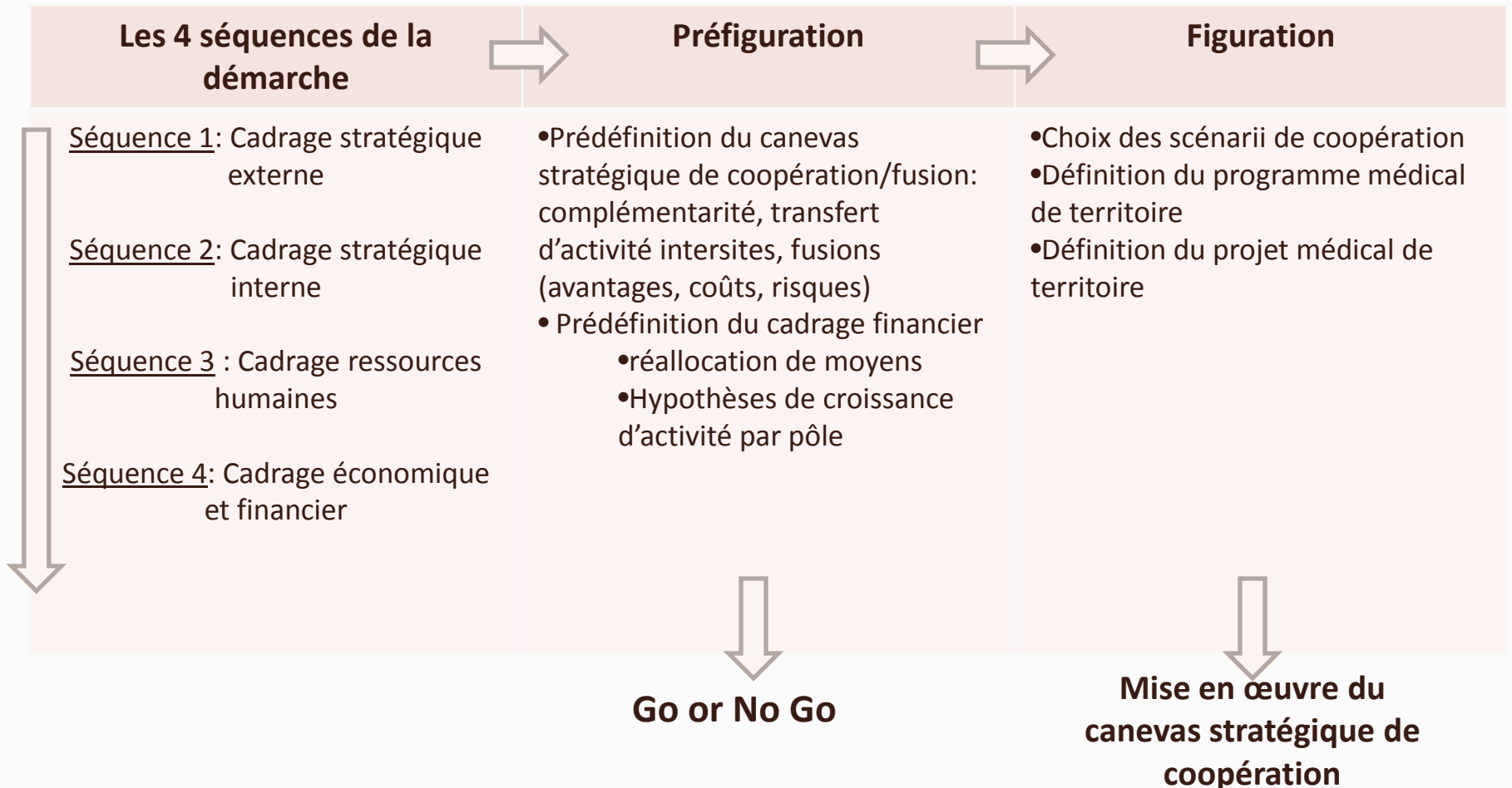
Cadrage opérationnel Modélisation / Activité / EPRD / réallocation de ressources / PFI

Figuration des scénarii

Formation-action	Construction des scénarii de mutualisation et/ou de regroupement	Séminaire conclusif
Equipes de direction Chefs de projet		Directoires Comité stratégique

Projet de mutualisation des fonctions support dans le cadre du territoire (stratégie organisationnelle)

Travail sur le projet médical de territoire



Les pré-requis d'une démarche CHT

Une direction de projet forte et stable

- Un leadership « entraîneur »
- Des équipes de direction engagées et formées
 - Méthodologie
 - Démarche d'accompagnement du changement

Une structure de projet

- Un comité de pilotage inter-sites
- Un responsable du Projet Médical de Territoire
- Un responsable du Projet Logistique de territoire
- Des chefs de projet pour chaque fonction à mutualiser

L'argumentaire

1. Les perspectives du statu quo
2. Les enjeux stratégiques sur le territoire :
 1. Garantir l'accessibilité et la continuité du service public,
 2. Renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire
 3. Optimiser les investissements (hôpital neuf, hôpital reconstruit, nouvelles salles de bloc, etc ...)
 4. Maintenir la motivation des acteurs et mieux valoriser les ressources médicales
 5. Garantir une situation financière équilibrée dans la durée
3. Comment la CHT (ou plutôt les différents niveaux de CHT) permet de répondre à ces enjeux ? Le statu quo le permet-il ?

Enjeu 1 : garantir accessibilité et continuité du service public

Les
matinales
du CNEH



Garde des urgences chirurgicales

exemple

Sites anesthésiques et blocs opératoires	Nombre de salles dans l'établissement	Activité réalisée		
		Nb d'interventions sous anesthésie	Nb total d'interventions	Nb d'interv. réalisées après 20 h et avant 8 h
Salles destinées aux actes sous anesthésie	23 / 11	10153 / 3571	10153 / 4848	
dont salles d'intervention chirurgicale	12 / 4	8068 / 2869	10096 / 3213	612 / 188
sites anesthésiques	6 / 3			
salles de surveillance post interventionnelles	2 / 1			
postes de réveil	15 / 5			

ETP	CH A	CH B
Nombre d'anesthésistes	23,6	4,7
Nombre de chirurgiens digestifs	3	3
Nombre de chirurgiens ortho-traumato	5 dont 1 assistant	2,3

- L'effectif des chirurgiens digestifs sur chacun des sites et des orthopédistes sur le CH B est insuffisant pour garantir dans la continuité la permanence des soins (minimum 5 ETP).
- La faible activité de nuit (1 intervention toutes les deux nuits au CH B, 1,7 / nuit au CH A) ouvre la problématique du regroupement des activités à envisager dans les scénarii de CHT.



Enjeu 2 : renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire

Les
matinales
du CNEH

	Critère 1	Critère 2
Très bon	Emprise > 75% Séjours > 500	
Bon	Emprise > 75% séjours < 500	50% < Emprise < 75% Séjours > 500
Moyen	50% < Emprise < 75% Séjours < 500	Emprise < 50% Séjours > 1000
Faible	Emprise < 50% Séjours < 1000	

	Très bon	Bon	Moyen	Faible
Très bon	Cas 1	Cas 2	Cas 5	Cas 10
Bon	Cas 3	Cas 4	Cas 6	Cas 11
Moyen	Cas 7	Cas 8	Cas 9	Cas 14
Faible	Cas 12	Cas 13	Cas 15	Cas 16

Enjeu 2 : renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire

CAS 1, 2, 3, 4 : Stratégie de renforcement de la dominance (ou comment conserver le monopole)

- Recherche de complémentarité entre les deux sites/par segment d'activité/Par PT spécialisé/par compétence spécialisée
- Recherche éventuelle d'une hyperspécialisation pour chacun des sites.
- Organiser le recours et la suite en commun.
- Pratiquer une veille technologique commune pour anticiper les effets de substitution dans les pratiques professionnelles et organisationnelles.
- Rechercher une unité de structure et management (pôle commun, service unique, équipe médicale de territoire).

CAS 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 : Stratégie de « courte échelle » (ou comment le fort soutient le maillon faible pour améliorer l'emprise sur le territoire)

- Organisation de la complémentarité et du recours (PT spécialisé, soins critiques)
- Organisation de consultations spécialisées sur le site le plus faible
- Trouver éventuellement un segment d'activité à transférer sur le site le plus faible
- Organiser la suite en commun
- Rechercher une unité de structure et management (pôle commun, service unique, équipe médicale de territoire).

CAS 14, 15, 16 : Stratégie d'abandon ou « océan bleu »

- Organisation de l'abandon avec recherche de complémentarité avec le secteur privé local pour permettre l'intervention de compétences garantissant le fonctionnement du service public en fonction du besoin interne (ophtalmologie, urologie, ...).
- Stratégie d'abandon avec regroupement des moyens sur un seul site ou établissement des coopérations avec le secteur privé sur un seul site
- Développer une stratégie « océan bleu » en recherchant des facteurs clés de succès non développés par la concurrence, notamment sur les modes de prise en charge ou les technologies alternatives.



Enjeu 2 : renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire

Les
matinales
du CNEH

Chirurgie	CH A sur bassin CH A	CH B sur bassin CH B	Privé ville A sur bassin CH A	Privé ville B sur bassin CH A
	Résultat	Résultat	Résultat	Résultat
Total Chirurgie	Moyen			
AA - Digestif				
AB - Orthopédie, Rhumatologie	Moyen			
AC - Uro-néphrologie				
AD - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Moyen			
AE - Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)		Moyen	Moyen	
AF - Vasculaire périphérique				
AG - Pneumologie	Moyen			
AH - ORL, Stomatologie				
AI - Ophtalmologie				
AJ - Gynécologie				Moyen
AL - Nouveau-nés				
AM - Hématologie			Moyen	
AN - Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion				
AO - Endocrinologie				
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)				Moyen
AQ - Brûlures				
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)			Moyen	
AS - Maladie VIH				
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves				
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool				
AX - Autres prises en charge				Moyen
AZ - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels				

exemple



Enjeu 2 : renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire

Les
matinales
du CNEH

Matrice CH A
et CH B

	Très bon	Bon	Moyen	Faible
Très bon				
Bon		* Traumatismes multiples ou complexes graves * Brûlures	* Orthopédie * Systèmes nerveux	
Moyen				* Cardiologie
Faible			* Pneumologie	* Digestif, Uro-néphrologie, Vasculaire périphérique, ORL, stomato, Ophtalmo, gynécologie, hématologie, endocrino, tissu et sous tissu cutané, Autres PEC

exemple



Enjeu 2 : renforcer la position stratégique de l'offre publique à l'échelle du territoire

Les
matinales
du CNEH

Matrice privé
ville A et ville B

	Très bon	Bon	Moyen	Faible
Très bon	* Ophtalmologie			
Bon	* Digestif * Uro-néphrologie * Vasculaire périphérique	* Endocrinologie	* Hématologie	
Moyen	* Tissu cutané et sous-cutané * Gynécologie	* Autres PEC		
Faible	* Orthopédie		* Cardiologie	* Système nerveux, pneumologie, Brûlures, traumatismes complexes graves ou multiples

exemple



ET AU DELA DES CHT ?



ANALYSE COMPAREE DES SCENARII

Critères	CHT light	CHT restructurante	CHT intégrée & élargie	
			Canevas 1	Canevas 2
Continuité Service public				
Accueil urgences (maintien des 3 sites)	+	++ (pédiatrie)	++ (pédiatrie)	++ (pédiatrie)
Urgences chirurgicales	-	++	++	++
Soins critiques	+ / -	++	++	++
Permanence de soins/ville	+	+	+	+
Renforcement du positionnement stratégique (taux d'emprise)				
Médecine	+	++	++	++
Chirurgie	+	+	+	++
Obstétrique	+	+	+	+
Filière de soins/recours	+	++	++	++
Optimiser le potentiel de l'hôpital				
Plateau médico-technique	--	+	+	+
Blocs opératoires et salles interventionnelles	-	+	+	+
Lits	-	+ / -	+ / -	+ / -
Places de jour	-	+	+	-
Mutualiser les ressources médicales et enrichir les métiers				
Complémentarité médecine	-	+	+	+
Pénibilité médecine	-	+	+	+
Complémentarité chirurgie	-	+	+	+
Pénibilité chirurgie	-	+	+	+
Pénibilité obstétrique	+	+	+	+
Améliorer la lisibilité de l'offre pour les usagers				
	-	+	+	++
Equilibre financier dans la durée				
Activité/recettes	-	+	+	++
Maîtrise des dépenses	--	+	++	++
FORME JURIDIQUE SUPPORT	Coopération conventionnelle renforcée	CHT renforcée et GCS de moyens	GCS global → fusion	GCS global → fusion

exemple