



**EHESP**

---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**Le développement des coopérations  
médicales au sein d'un GHT : le temps  
médical partagé par le CH de Fougères**

---

**Clément BONNEL**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de mon stage au Centre hospitalier de Fougères pour m'avoir transmis leur bonne humeur dans l'exercice de leurs fonctions et ce véritablement au quotidien.

Je remercie tout d'abord et plus particulièrement Madame Dominique Busson, Attaché d'Administration Hospitalière aux finances en sa qualité de maître de stage, pour son encadrement durant ce stage de professionnalisation et son aide dans la réalisation de mes diverses missions au sein de l'établissement.

Je remercie également Monsieur Thibault Jurvillier, Directeur des finances, des achats et de la logistique, dorénavant en poste au Centre hospitalier universitaire de Brest, pour son accueil et sa disponibilité quant à mon intégration dans les différentes instances ainsi que Mademoiselle Solène Vidal qui m'a souvent épaulé dans l'achèvement de mes tâches.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe encadrante du module mémoire de l'EHESP pour l'organisation de cet enseignement et tout naturellement à l'équipe administrative de la formation des Attachés d'Administration Hospitalière, principalement Mesdames Régine Noblaye et Lydia Lacour pour le temps accordé afin de satisfaire nos attentes durant la formation.

Enfin, je tiens bien évidemment à remercier tous mes proches et amis sans qui ce travail de mémoire aurait été bien plus fastidieux. Leur soutien fut d'ailleurs indispensable tout au long de ma formation.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Le temps médical partagé : une ressource nécessaire pour pallier au déficit médical actuel mais complexe à maîtriser.</b> .....	<b>5</b>
1.1 Le temps médical partagé, une dynamique d'apparence pérenne au sein du GHT.....	5
1.1.1 La coopération médicale déjà existante sur le territoire du CHF. ....	5
1.1.2 L'essor des postes partagés accéléré par l'instauration des GHT. ....	7
1.2 Le temps médical partagé, un outil impliquant des changements pour les établissements périphériques.....	10
1.2.1 Une charge de personnel médical alourdie par de nombreux frais connexes.....	10
1.2.2 Le dépassement encore embryonnaire de la logique d'établissement.....	14
<b>2 Le temps médical partagé : un levier pour asseoir l'offre de soins sur le territoire tout en œuvrant pour la consolidation du GHT.</b> .....	<b>18</b>
2.1 Le GHT, un cadre fédérateur pour la coopération médicale à l'identité encore nuancée.....	18
2.1.1 La cohabitation inédite entre plusieurs outils de coopération. ....	18
2.1.2 Un circuit décisionnel étendu et toujours perfectible. ....	20
2.2 Le développement progressif de véritables équipes médicales de territoire.....	23
2.2.1 De nouvelles perspectives d'organisation des services rendues possibles par la constitution effective d'équipes médicales communes. ....	23
2.2.2 Vers un système d'information et de formation convergent pour une prise en charge globalisée du patient.....	26
<b>Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>33</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAH** – Attaché d'Administration Hospitalière

**ADRHESS** – Association pour le Développement des Ressources Humaines en Etablissements Sanitaires et Sociaux

**ANAP** – Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

**ANFH** – Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

**ARS** – Agence Régionale de Santé

**CDU** – Commission Des Usagers

**CH** – Centre Hospitalier

**CHF** – Centre Hospitalier de Fougères

**CHT** – Communauté Hospitalière de Territoire

**CHU** – Centre Hospitalier Universitaire

**CME** – Commission Médicale d'Etablissement

**CNG** – Centre National de Gestion

**CSAPA** – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSIRMT** – Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques.

**CSP** – Code de la Santé Publique

**CTE** – Comité Technique d'Etablissement

**DAM** – Direction des Affaires Médicales

**DG** – Directeur Général

**DRH** – Direction des Ressources Humaines

**DSI** – Direction du Système d'Information

**EPS** – Etablissement Public de Santé

**FMIH** – Fédération médicale inter hospitalière

**GCS** – Groupement de Coopération Sanitaire

**GHT** – Groupement Hospitalier de Territoire

**GRH** – Gestion des Ressources Humaines

**PH** – Praticien Hospitalier

**RH** – Ressources humaines

**RTT** – Réduction du Temps de Travail

**SI** – Système d'information

**T2A** – Tarification à l'Activité

**VSL** – Véhicule sanitaire léger



## Introduction

« Toute jouissance qui n'est point partagée perd sa douceur »<sup>1</sup>, pensait déjà Sénèque dans ses Lettres à Lucilius vers 64 après Jésus-Christ. Le partage est une valeur centrale dans une entreprise comme l'hôpital et consiste à mettre en commun des expériences pour que chaque partie ressorte enrichie de connaissances et de pratiques.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé en date du 26 janvier 2016<sup>2</sup>, des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont été constitués sur des territoires définis par les Agences Régionales de Santé (ARS) et remplacent les anciennes communautés hospitalières de territoire (CHT). En effet, 135 GHT ont ainsi vu le jour à compter du premier juillet 2016 pour favoriser le travail en réseau des hôpitaux français. La constitution de ces groupements a considérablement changé le quotidien des établissements publics de santé (EPS). Chaque GHT doit choisir un établissement support, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du groupement traditionnellement s'il en comporte un parmi ses membres (sachant qu'un CHU est forcément associé au GHT s'il n'en comporte pas un dans ses membres initiaux). C'est le cas pour le GHT Haute Bretagne au sein duquel se trouve le Centre Hospitalier (CH) de Fougères (CHF) dont le chef de file est par conséquent le CHU de Rennes. Il comprend dix établissements publics de santé<sup>3</sup> qui ont délibéré et voté les modalités de mise en œuvre du projet médical partagé. Ces établissements ont également préparé de manière concertée et participative la convention constitutive qui régit dorénavant le GHT. Ce nouvel outil ouvre de nombreuses perspectives, notamment dans le domaine des affaires médicales, grâce à de nouveaux moyens juridiques de collaboration. Les GHT doivent bien évidemment faire face à des priorités que sont les achats ou les systèmes d'information. Mais reste que la mission première des hôpitaux réside dans le soin. Donc si le partage du temps médical peut contrevenir à des manques de personnels, c'est une opportunité à saisir à l'avenir pour les établissements de santé et leur groupement.

Le GHT est un dispositif conventionnel obligatoire dont la pierre angulaire est le projet médical partagé. C'est une opportunité afin de définir un projet médical attractif pour les médecins sur le territoire. Il faut impérativement impliquer les équipes médicales dans son élaboration. Ce projet médical a pour ambition à la fois de mettre en place une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de

---

<sup>1</sup> Sénèque L'intégrale, Œuvres complètes, 31 titres et annexes enrichies, INK Book édition.

<sup>2</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>3</sup> CHU de Rennes, CH de Monfort-sur-Meu, CH de Saint-Méen-Le-Grand, CH de Vitré, CH de La Guerche de Bretagne, CH de Fougères, CH de Redon-Carentoir, CH du Grand-Fougeray, CH des Marches de Bretagne, CH de Janzé.

territoire, mais aussi d'organiser, pour l'ensemble des activités, l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire. Les établissements de santé ont une longue expérience dans l'élaboration des projets médicaux. Toutefois, la dimension territoriale appliquée à l'ensemble des filières modifie considérablement l'approche à mettre en œuvre pour l'élaboration du projet médical partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve sa place dans l'offre de soins proposée par le groupement sur son territoire de santé.

Ces coopérations peuvent s'appuyer sur le positionnement progressif de postes d'assistants spécialistes partagés, financés en partie par l'ARS, puis sur l'accompagnement de leurs projets professionnels, associant une activité polyvalente à une forte spécialisation. Il s'agit de prendre en compte les attentes des jeunes générations de médecins dans un contexte, bien souvent, de tensions démographiques. Le projet médical partagé en construction se doit d'être central et fédérateur afin d'encourager les médecins à s'en imprégner. L'objectif principal est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins à travers la coopération entre hôpitaux autour d'un projet médical.

Le CHF possède une capacité de 427 lits et a enregistré en 2017 un total de 8524 séjours en médecine, 2440 séjours en chirurgie, 28 045 passages aux urgences, 810 naissances, 2766 opérations au bloc opératoire et 52 510 consultations toutes spécialités confondues. C'est donc un hôpital plutôt de proximité pour un bassin de population proche des services de la métropole rennaise. Le pôle gériatrie, avec deux résidences (La Catiolle et Bel Air), occupe une place importante dans l'activité générale de l'établissement. En termes d'attractivité, l'hôpital doit parfois recourir à l'intérim médical mais utilise de plus en plus de postes partagés pour assurer son activité. Ainsi, le CHU de Rennes et le CH de Fougères partagent de nombreux personnels médicaux régis par des statuts variés. Il existe quelques postes partagés également avec le CH de Vitré, le CH des Marches de Bretagne ou encore le CH Guillaume Régnier. C'est ce qui rend donc ce terrain d'étude particulièrement intéressant au regard de cette problématique. L'hôpital ne possède pas de direction des affaires médicales proprement dite, le service des ressources humaines prend en charge le personnel médical. La direction s'interroge ainsi de plus en plus sur les coûts liés à ce partage de personnel médical puisque la pratique devient véritablement fréquente dans la politique de recrutement de l'établissement.

L'ARS autorise la création de postes partagés. Mais si l'ARS accompagne budgétairement la création de postes, notamment d'assistants partagés, elle n'a pas

vocation à intervenir dans l'organisation pratique entre les établissements. Les projets sont construits entre les établissements avant toute demande de financement et la répartition du reste à charge est préalablement concertée. Les modalités de partage du coût d'un poste partagé sont un véritable enjeu pour les structures puisque c'est un poste de dépenses très élevé. Les crédits de l'ARS sont une aide précieuse dans le financement d'un poste. Il existe plusieurs degrés dans le développement des coopérations entre les équipes médicales. Les postes partagés ne sont qu'une étape d'un processus qui pourra sûrement s'accroître avec la future mise en place concrète des GHT qui, à l'heure actuelle, n'est qu'embryonnaire. Notamment, le but, prochainement, est d'arriver à de véritables équipes médicales communes.

Quels sont les enjeux liés à l'instauration des GHT dans le paysage hospitalier par rapport au développement du temps médical partagé pour les EPS ? Plus précisément, sur un territoire, le GHT peut-il favoriser la progression des postes partagés par un établissement périphérique avec ses établissements de santé voisins ? Il s'agit encore de s'interroger sur le fait de savoir si le temps médical partagé est une solution pérenne face au manque de médecins et aux difficultés actuelles de recrutement. De plus, les relations entre les établissements ne sont pas toujours équilibrées, il faut donc étudier les modalités statutaires et financières de la coopération médicale. L'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) doit être un acteur du changement.

Le temps médical partagé est une ressource nécessaire pour subvenir au manque de personnel médical mais il engendre des contraintes de gestion et surtout financières pour les établissements périphériques (1). Le temps médical partagé permet assurément de proposer une offre de soins plus complète pour les patients tout en organisant l'affirmation progressive des GHT sur le territoire (2).

## Méthodologie

Le sujet de mémoire a été choisi d'un commun accord avec le maître de stage, ainsi qu'avec le Directeur des finances, des achats et de la logistique lors de la définition initiale des missions de stage. Les postes partagés sont ainsi de plus en plus nombreux au CHF, par conséquent leur suivi représente un véritable enjeu à la fois médical et économique pour l'établissement. L'objectif de départ de la mission sur les postes partagés était de recenser l'intégralité des postes médicaux partagés pour en faciliter le suivi d'un point de vue statutaire et financier et ensuite améliorer l'attractivité médicale de l'établissement. La commande avait pour finalité de créer un tableau interne de suivi partagé entre la Direction des finances et la Direction des ressources humaines (DRH) permettant de retrouver facilement pour chaque praticien partagé son statut, les modalités de la convention de partage du temps médical, l'échéance des relations et surtout les conditions financières liées au poste concerné, notamment le coût pour le CHF et les crédits accordés par l'ARS lorsque c'est le cas.

J'ai donc dû, au départ, retrouver et analyser les conventions de chaque praticien pour détailler les modalités pratiques du partage. Ensuite, il a fallu faire une analyse des dépenses en lien avec chaque praticien employé par le CHF et partagé avec un autre établissement de santé. A partir de documents déjà réalisés dans l'établissement sur les praticiens évoluant dans plusieurs structures, il s'agissait ainsi de faire une mise à jour en croisant toutes les données recueillies grâce à mes collaborateurs du CHF. Une fois ce tableau récapitulatif réalisé, il a fallu trouver de la documentation généraliste sur la montée en puissance de la coopération médicale depuis l'apparition des GHT pour dresser une étude plus complète sur le sujet. Cela permettait de comparer les données de l'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage avec les tendances actuelles des autres établissements publics de santé en France.

J'ai par ailleurs réalisé des entretiens avec différentes catégories de professionnels pour avoir des avis variés du terrain sur ces nouvelles pratiques, à savoir des praticiens du CHF mais aussi des agents du CHU de Rennes ainsi que de l'ARS Bretagne. Grâce à ce cheminement, j'ai pu découvrir les avantages et les inconvénients du partage de personnel médical en termes d'attractivité médicale, notamment pour un établissement périphérique au sein d'un GHT, mais aussi les perspectives d'avenir sur ce que pourra être la coopération médicale dans quelques années. Il s'agit d'anticiper sur ce que prochainement les relations pourront devenir sur un territoire concernant l'offre médicale. Pour le CH de proximité, il convient de continuer à être attractif tout en mutualisant des fonctions avec ses partenaires au fil du temps pour arriver à équilibrer les débats.

# **1 Le temps médical partagé : une ressource nécessaire pour pallier au déficit médical actuel mais complexe à maîtriser.**

Le temps médical partagé permet bien évidemment aux établissements d'avoir de la main d'œuvre, ce qui n'est pas négligeable en ces jours difficiles pour le recrutement médical et il renforce l'offre de soins sur un territoire (1.1). Cependant, bien qu'elle soit intéressante par rapport à d'autres pratiques, la coopération médicale possède tout de même un coût plutôt élevé principalement pour les établissements périphériques (1.2).

## **1.1 Le temps médical partagé, une dynamique d'apparence pérenne au sein du GHT.**

Le CHF connaissait déjà le partage du temps médical avant l'instauration du GHT Haute Bretagne (1.1.1), mais l'installation progressive du groupement permet de développer de façon plus étendue cette pratique sur ce territoire de santé (1.1.2).

### **1.1.1 La coopération médicale déjà existante sur le territoire du CHF.**

La stratégie de partager du temps médical a été élaborée dans une logique de partenariat "gagnant-gagnant" entre deux établissements, qui souhaitent réorienter vers l'hôpital public une patientèle souvent captée par les cliniques privées du bassin. Il s'agit par ailleurs de mieux répondre aux besoins du territoire et de pallier les problèmes de démographie médicale. Toutefois, parfois, suite à la mise en place de ce schéma stratégique, aucune évaluation n'est réalisée pour savoir si ce partenariat a porté ses fruits et s'il profite aux deux établissements, comme cela était escompté au départ. Ce type de questionnement est récurrent et est présent dans bon nombre d'établissements hospitaliers engagés dans un GHT. Le CHF entre dans cette démarche d'état des lieux des pratiques. L'établissement possède 102 médecins au total (praticiens liés à l'établissement par une convention) dont 39 postes partagés, soit 38% du nombre total de praticiens en exercice. Certaines spécialités sont plutôt en tension au CHF, à savoir principalement l'imagerie.

Si une classification peut être réalisée, il existe classiquement trois types de coopérations médicales. Premièrement, la coopération dite « pragmatique » qui est relativement ancienne et basée sur une rencontre humaine et des besoins dans les services. Elle n'était qu'embryonnaire et peu étendue, pour des prestations souvent particulières. Ensuite, de nouveaux statuts de postes partagés ont vu le jour pour former ce que nous pouvons appeler le début de la coopération dite « statutaire ». Les assistants spécialistes partagés en sont un exemple, bien que l'arrivée des GHT mette de plus en plus en

lumière ce type de statuts qui existaient déjà auparavant. Enfin, les GHT ont engendré, en quelque sorte, une troisième sorte de coopération dite « imposée », puisque prévue dans le projet médical partagé. Les établissements se doivent d'appliquer ce projet à leur niveau tout en communiquant avec les autres membres du groupement.

Au CHF, une convention existait déjà avant l'instauration des GHT et est relative à l'accueil des internes : convention conclue entre le Directeur général (DG) de l'ARS, le DG du CH de rattachement, le directeur de l'unité de formation et de recherche et le représentant légal de l'établissement de santé d'accueil au CHU. Les échanges de personnel médical ont donc commencé depuis longtemps à travers les jeunes praticiens en internat. Le CHF accueille des internes dans le cadre de sa mission de service public portant sur l'enseignement universitaire et post universitaire. Le CH d'accueil fournit la rémunération et le cas échéant les indemnités compensatrices d'avantages en nature.

A partir des années 2010, le CHF et le CHU de Rennes ont commencé à partager des postes de praticiens<sup>4</sup>. Par exemple, cela fait sept ans qu'un gastro-entérologue employé par le CHF partage son temps avec le CHU (trois jours au CHF et deux jours au CHU). Ce poste a été proposé par un professeur rennais à l'origine et a tout de suite séduit l'intéressé. Sans ce partage de temps, ce médecin n'aurait sûrement jamais décidé de rejoindre le service fougérais plutôt isolé à l'époque. En revanche, la totalité de sa rémunération est supportée par le CHF malgré le partage de temps. Mais cela permet d'attirer une clientèle avertie de son exercice conjoint au CHU. Cela demande une certaine organisation pour gérer les patients au mieux, mais ce dispositif permet surtout de pouvoir échanger avec ses pairs du CHU sur tous les dossiers complexes. Pour les patients, le fait de venir au CHF plutôt qu'au CHU concernant cette spécialité représente ainsi une perte de chance « imaginaire », puisque les praticiens des deux établissements sont en relation permanente tout au long de l'année. Pour le praticien, c'est une véritable plus-value de pouvoir profiter des échanges réguliers avec ses pairs formateurs.

La création de fédérations médicales inter hospitalière (FMIH) s'est également vite imposée sur le territoire. Le CH de Fougères a d'ailleurs conclu deux FMIH avec des établissements voisins afin de mettre en commun des spécialités : en périnatalité (femme et enfant ; avec le CHU de Rennes et le CH de Vitré) et pour les pathologies digestives (avec le CHU de Rennes et les CH de Vitré et de Redon). Elles sont créées par l'article 51 de la loi du 27 juillet 1999 instaurant la CMU<sup>5</sup>. La FMIH possède l'avantage que chaque établissement conserve son identité et cela n'interfère pas avec la gouvernance du GHT

---

<sup>4</sup> Source : [https://actu.fr/bretagne/fougères\\_35115/sante-lhopital-de-fougères-tisse-des-liens-étroits-avec-le-chu-de-rennes\\_2865857.html](https://actu.fr/bretagne/fougères_35115/sante-lhopital-de-fougères-tisse-des-liens-étroits-avec-le-chu-de-rennes_2865857.html).

<sup>5</sup> Repris dans l'article L.6135-1 du Code de la Santé publique (CSP).

qui se met en place progressivement dorénavant. La FMIH, à l'image du GHT, ne donne pas lieu à la création d'une personnalité morale, c'est de la coopération dite « fonctionnelle », elle ne peut pas donner lieu à la constitution d'un capital social, ni recevoir d'autorisations d'activité de soins. La FMIH est réservée aux établissements publics de santé.

En revanche, le CHF s'est engagé dans un groupement de coopération sanitaire (GCS). Le GCS est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Ce GCS public a été conclu avec le CH de Vitré principalement pour organiser des activités de radiologie et de pharmacie en commun.

Des partenariats sont noués avec notamment le CH des Marches-de-Bretagne en ce qui concerne la filière gériatrique et gérontologique du Pays de Fougères. Le CH Guillaume Régnier est encore en lien avec le CHF pour la prise en charge des patients psychiatriques. Des relations étroites avec la ville de Fougères se sont également construites au fil du temps avec la présence d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour encadrer les jeunes en difficulté sur le territoire fougérais. En résumé, le CHF est bien impliqué dans son territoire de santé et ce, bien avant l'apparition du GHT Haute-Bretagne.

### **1.1.2 L'essor des postes partagés accéléré par l'instauration des GHT.**

Dans le cadre des GHT, le décret du 14 mars 2017<sup>6</sup> actualise les dispositions relatives à l'activité partagée des praticiens hospitaliers à temps plein, des praticiens des hôpitaux à temps partiel, des assistants des hôpitaux, assistants associés, des praticiens attachés et attachés associés. En outre, le décret précité octroie la possibilité aux praticiens contractuels d'exercer une activité partagée<sup>7</sup> et prévoit expressément l'accord du praticien en cas d'activité partagée, quel que soit son statut. L'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territoriale prévoit la conclusion d'une convention d'activité partagée entre les directeurs des établissements concernés et le praticien. Le contenu de la convention est fixé par l'article 3 de l'arrêté précité. Les relations de temps médical partagé entre deux établissements et un praticien sont donc très encadrées

---

<sup>6</sup> Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux.

<sup>7</sup> Article R. 6152-404 du CSP.

réglementairement. Le GHT Haute-Bretagne est basé sur un territoire assez vaste<sup>8</sup> ce qui donne beaucoup de possibilités de partage de temps aux établissements membres. Le projet médical partagé impose aux établissements de collaborer. Il traduit les besoins de la population sur cinq ans. Il en découle la création de postes financés en partie par l'ARS suivant des seuils.

Plusieurs degrés existent dans le développement des coopérations entre les équipes médicales depuis leur multiplication récente :

- Pas de coopération.
- Coopérations avancées.
- Postes partagés (comme au CHF).
- Equipe médicale partagée (partiellement au CHF avec le CHU).
- Equipe médicale commune.

Concernant le conventionnement, il existe d'une part des conventions de temps partagés (coopération)<sup>9</sup> pour les praticiens hospitaliers (PH) temps plein et PH temps partiel. C'est une convention passée entre les établissements qui détermine les modalités de répartition de l'activité du praticien, la fraction des émoluments, des indemnités et des allocations. Elles sont utilisées plutôt pour les praticiens déjà expérimentés. D'autre part, on retrouve des conventions de mise à disposition<sup>10</sup> d'un praticien entre l'EPS d'affectation et l'EPS d'accueil pour les PH temps plein, les PH temps partiel et les jeunes médecins post internat. La convention précise la durée de la mise à disposition, les conditions d'emploi et de retour et le remboursement de la rémunération du praticien et des charges afférentes par l'EPS d'accueil (ou exonération totale ou partielle). Elle dure six mois renouvelables une fois puis retour dans l'EPS d'affectation ou mutation (bien souvent un an par conséquent). Globalement, le CHU utilise principalement des conventions de mise à disposition pour partager des praticiens sur le site du CHF et le CHF utilise lui plus fréquemment des conventions de coopération pour partager le temps médical de ses propres praticiens. Il est plus facile, logiquement, de mettre à disposition lorsque l'on possède de nombreux médecins.

L'outil principal utilisé pour partager du temps médical depuis l'apparition du GHT pour l'instant réside dans l'exemple des assistants spécialistes partagés. Il existe plusieurs inconvénients néanmoins. La rémunération est assez faible, la distance à effectuer peut constituer un frein pour le praticien et la structuration de l'équipe d'accueil demande une

---

<sup>8</sup> Voir Annexe 3 Carte du découpage des GHT dans la région Bretagne avec le GHT Haute Bretagne dont fait partie le CHF.

<sup>9</sup> Articles R.6152-4 et R.6152-201 du CSP.

<sup>10</sup> Articles R.6152-50 et R.6152-237 du CSP.

certaine organisation. Mais ces postes réservent de nombreux avantages a contrario. Cette alternative permet de garder un médecin sur un territoire de santé et de capter de l'activité médicale à l'hôpital. De plus, l'expérience pour le jeune praticien est décuplée du fait d'une pratique multi sites et d'un suivi du patient amélioré. C'est une des seules possibilités d'exercer encore en partie au CHU pour un jeune médecin puisque, sinon, rares sont les postes ouverts dans les grandes structures en sortie d'internat. Ce type de poste permet de ne pas couper brutalement le « cordon ombilical » (dixit les médecins eux-mêmes) avec les pairs formateurs. Ces contrats ont une durée de six ans maximum. Ce sont des postes partagés entre les CHU et les CH de territoires avec ou sans financement de l'ARS selon la région. Ce dispositif a été très renforcé avec la mise en œuvre des GHT sur le territoire. Pour l'établissement périphérique, cela donne une bonne image de relation privilégiée avec le CHU. Pour le CHU, c'est très utile de compter sur cette coopération pour assurer la permanence des soins au quotidien. Un suivi est assuré. En règle générale, une évaluation est réalisée par les deux chefs de service de chacun des établissements d'exercice (EPS d'affectation et EPS d'accueil) du jeune praticien au bout de trois mois puis de six mois. Un tel système permet de discréditer l'image négative habituellement donnée aux internes des CH périphériques.

Fin 2017, le CHF a pu compter sur la venue de dix nouveaux médecins<sup>11</sup> dont six occupent un poste d'assistant spécialiste partagé. Pour eux, cela est bénéfique puisque leur temps au CHF leur donne la possibilité de gagner en autonomie progressivement, tout en conservant un partage d'expérience avec le CHU. Cependant, quelques assistants partagés relèvent le fait qu'il faut tout de même effectuer un effort d'intégration pour faire sa place au CHU, et que cela demande une rigueur dans l'organisation du travail mais qui est bénéfique sur le long terme. Parfois, d'assistant spécialiste partagé, certains praticiens se font embaucher en tant que PH contractuel par la suite (plutôt dans l'établissement de proximité bien évidemment) si l'expérience profite à toutes les parties. L'objectif final est de constituer une sorte de « toile d'araignée » pour garder les patients dans des filières partagées. Cette approche par filières apparue grâce aux groupements, permet une gradation dans les prises en charge. En début de carrière, il est très profitable de développer un réseau de patients sur plusieurs sites et ainsi de pouvoir s'appuyer sur plusieurs plateaux techniques. Le travail en équipe est l'un des critères majeurs dans le choix de poste pour les jeunes médecins de nos jours.

---

<sup>11</sup> Source : <https://www.ouest-france.fr/bretagne/fougeres-35300/fougeres-dix-nouveaux-medecins-recrutes-l-hopital-5365130>.

Peu après la création des GHT, le décret du 2 mai 2017<sup>12</sup> permet de faire la publicité des postes correspondants aux emplois médicaux au sein des GHT, par dérogation à la procédure de publication nationale des postes par le Centre national de gestion (CNG). Le directeur de l'établissement support peut mener les recrutements et transmettre ensuite au CNG les propositions de nomination. Si des postes restent à pourvoir, il transmet les demandes de publication par la voie classique ensuite au DG de l'ARS pour proposition au CNG. Ces dispositions de coopération en ressources humaines (RH) ont été reprises dans l'instruction du 4 mai 2017<sup>13</sup> relative à l'organisation des GHT. De plus, depuis le premier janvier 2018, il est obligatoire de signer une convention d'association entre les établissements supports des GHT et les CH concernant la formation, l'enseignement, la recherche et les recours.

La construction territoriale peut permettre à des praticiens qui ne disposent pas d'un plateau technique suffisant sur leur établissement d'origine d'accéder à un autre, en partageant leur activité sur deux sites. Les équipes médicales de territoire rendent possible l'hyperspécialisation, très appréciée des jeunes praticiens. Il est possible de fidéliser ces praticiens rapidement dans leur cursus, ce qui améliore l'attractivité à l'échelle du territoire, pour être toujours plus à proximité des patients.

## **1.2 Le temps médical partagé, un outil impliquant des changements pour les établissements périphériques.**

Les postes partagés apportent de nombreuses charges supplémentaires pour l'établissement d'accueil qui est bien souvent l'établissement périphérique (1.2.1) dans un système de santé français au sein duquel les établissements sanitaires ont encore quelques efforts à fournir pour véritablement mutualiser l'offre de soins (1.2.2).

### **1.2.1 Une charge de personnel médical alourdie par de nombreux frais connexes.**

La charge financière pour les établissements périphériques comme le CHF est importante mais aucune comparaison n'est possible avec les abus liés à l'intérim médical. Le rapport Véran<sup>14</sup>, en 2013, dénonce d'ailleurs très bien les surcoûts provoqués par cette pratique. Le temps médical partagé peut permettre de pallier au déficit de médecins et de contenir le recours à l'intérim médical. Une journée d'intérim coûte en moyenne 1370 euros toutes taxes comprises soit plus du triple du coût d'un PH normal. Le rapport Véran

---

<sup>12</sup> Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

<sup>13</sup> Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

<sup>14</sup> Rapport Véran de décembre 2013 sur l'intérim médical « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte-essor et dérivés du marché de l'emploi temporaire à l'hôpital public ».

estime le surcoût total lié au recours à l'intérim pour les hôpitaux à 500 millions d'euros. Le salaire par journée d'un médecin intérimaire a été plafonné à 1400 euros par le Gouvernement d'Agnès Buzyn<sup>15</sup>, en soutien avec l'Ordre des médecins, afin de limiter les abus des praticiens qui se comportent en véritables « mercenaires ». Ce sont des pratiques à bannir mais, actuellement, un CH tel que le CHF ne peut pas assurer la continuité des services s'il n'a pas recours un minimum à l'intérim médical. Ce recours est restreint au maximum mais il est inévitable. D'autres établissements sont plus consommateurs de ce type de ressources encore<sup>16</sup> (le CH de Vitré ou encore le CH de Redon par exemple). C'est vraiment l'exemple type de dépenses qui augmentent considérablement les charges de personnels, qui sont le poste de dépenses le plus important pour un hôpital.

Si l'on compare les coûts au CHF, un PH temps plein échelon 4 (peu importe la spécialité) coûte 52 933 euros par an, un PH contractuel (considéré comme échelon 4 plus 10%) coûte 58 226 euros par an et un praticien généraliste intérimaire s'il travaillait toute l'année coûterait 176 016 euros par an. La différence entre un praticien intérimaire et un praticien possédant un autre statut est donc flagrante en termes de coût pour la structure. A même niveau d'échelon, il est donc plus intéressant d'avoir un PH titulaire qu'un PH contractuel. Mais le problème réside bien entendu dans le fait de les recruter puisque le praticien engagé en tant que contractuel garde une certaine liberté dans son engagement avec l'établissement bien évidemment alors que le PH temps plein vise plutôt le long terme. A savoir qu'un PH doit réaliser dix demi-journées par semaine soit 50 heures par semaine environ mais ils ont le droit à 25 jours de congés annuels plus 19 jours de réduction du temps de travail (RTT). Le logiciel RH pour le personnel médical eGTT, utilisé pour l'établissement de la paie, permet de savoir que tout le temps cumulé équivaut à 502 demi-journées de travail par an.

Concernant le temps médical partagé, le coût est très variable selon les statuts et le conventionnement établi avec l'établissement d'accueil. Souvent, lorsque le CHF est employeur, il assume la totalité des frais pour un temps de travail effectif sur site moindre du fait du partage. Mais il faut bien entendu penser que c'est aussi, en contrepartie, l'opportunité d'obtenir ce temps médical qui, s'il n'était pas partagé, n'existerait sûrement pas et serait comblé par de l'intérim médical. De plus, les assistants spécialistes partagés sont normalement de jeunes médecins, donc au bas des échelons ce qui baisse la rémunération qui varie énormément selon que le praticien se trouve en début ou en fin de

---

<sup>15</sup> Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

<sup>16</sup> Voir Annexe 2 Carte de la région Bretagne du coût du recours à l'intérim médical par spécialité et par établissement en 2016.

carrière. Cela fait appel à des notions de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Et il faut tout de même déduire les potentiels crédits accordés par l'ARS.

De plus, la prime multi-sites a été remplacée par la prime d'exercice territorial à compter du premier juillet 2017. Selon le décret du 14 mars 2017<sup>17</sup>, cette prime s'adresse aux praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, aux praticiens contractuels aux assistants des hôpitaux, aux assistants associés, aux praticiens attachés et aux praticiens attachés associés qui exercent dans plusieurs établissements, dans plusieurs sites d'un même établissement ou encore dans le cadre des GHT par le biais du projet médical partagé. Si le praticien remplit les conditions, l'établissement dans lequel il est nommé ou recruté devra verser cette prime mensuelle dont le montant varie en fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice ainsi que du nombre de sites d'exercice différents<sup>18</sup>. C'est une prime versée pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements. Le conventionnement inter-établissements prend donc une importance grandissante pour organiser le temps médical partagé. La prime d'exercice territorial constitue la seule contrepartie financière légale autorisée par l'ARS pour indemniser les médecins en temps partagé sur plusieurs sites.

En dernier lieu, l'ARS participe au financement de la prime d'exercice territorial. Le décret du 14 mars 2017 a créé au sein des statuts médicaux la prime d'exercice territorial pour moderniser et adapter le régime indemnitaire des praticiens et pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire. La prime est de 250, 450, 700 ou 1000 euros mensuels en fonction de la quotité de temps partagé et du nombre d'établissements mobilisés (souvent le financement est dégressif : 75% la première année, puis 50% la deuxième, 25% la troisième année puis plus d'aides financières). Ce changement de paradigme est très important dans la négociation des postes partagés. En effet, l'ancienne prime multi-sites était beaucoup moins onéreuse (le coût par praticien oscillait autour de 400 euros). Par conséquent, l'ARS finançait plus facilement le coût de cette prime. Or, maintenant que le coût est plus important, les CHU exigent des établissements périphériques qu'ils règlent le montant de la prime sinon le montant total pour tous les postes partagés serait insurmontable même pour un CHU à la santé financière correcte. Forcément, pour les centres hospitaliers, cela rajoute une charge, ce qui peut amener des points de blocage lors de la création de nouveaux postes partagés et lors de la négociation du partage des coûts.

---

<sup>17</sup> Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

<sup>18</sup> Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Au CHF, neuf praticiens sont concernés pour une aide totale de 20 631 euros pour l'année 2017. Le montant de la prime est fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien ainsi que du nombre de sites d'exercice différents le cas échéant : 1 demi-journée : 250 euros brut ; de plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées inclus : 450 euros brut ; de plus de 3 demi-journées à 4 demi-journées inclus : 700 euros brut ; 4 demi-journées sur au moins 2 sites différents du site principal d'exercice : 1 000 euros brut et plus de 4 demi-journées : 1 000 euros brut également. Cette moyenne est calculée mensuellement. La prime fait l'objet d'un versement mensuel au praticien par l'établissement dans lequel il est nommé ou recruté. Pour être éligible à la prime, l'activité partagée du praticien est réalisée sur un site distant de 20 kilomètres au moins de son site principal d'exercice. La distance à prendre en considération est la distance la plus courte par voie routière entre les deux sites d'exercice. Le fait est que c'est principalement le CHU qui met à disposition des établissements périphériques des praticiens, donc la prime d'exercice territorial est réglée par les CH pratiquement à chaque partage de personnel. Sur le long terme, cela n'est pas à négliger et augmente le coût global du praticien partagé.

En 2017, l'ARS a participé au financement de postes destinés à de jeunes praticiens en post-internat pour une activité partagée. Le paiement est réalisé par l'agent comptable de l'ARS Bretagne. Il s'agit de la création de postes d'assistants partagés. Les postes sont financés en année pleine à hauteur de :

- Pour une activité entre 0.2 et 0.4 ETP en établissement périphérique : 39 000 euros la première année et 26 000 euros la deuxième année.

- Pour une activité d'au moins 0.5 ETP en établissement périphérique : 52 000 euros la première année.

L'établissement s'engage en contrepartie à procéder au recrutement et à s'assurer de l'effectivité du partage d'activité entre les établissements. Un contrat et une convention d'activité partagée doivent être transmis pour le prouver. L'ARS se réserve la possibilité de récupérer tout ou partie des crédits accordés en cas de non-exécution ou d'exécution partielle des actions, ou en cas de contribution financière excédant le coût de la mise en œuvre des actions. L'ARS participe encore au financement d'un poste de praticien partagé entre le CHF et le CHU pour renforcer l'équité d'accès à l'expertise et les coopérations au sein de la filière femme-enfant. Les critères ayant permis le choix de l'établissement allocataire sont : être un établissement membre du GHT Haute Bretagne et posséder un projet répondant aux exigences du contrat hospitalier de territoire en privilégiant une filière prioritaire en région et décrite dans le projet médical et soignant partagé du GHT Haute Bretagne. L'ARS finance une valorisation annuelle sur un poste de

PH partagé à hauteur de 110 000 euros d'accompagnement dégressif sur trois ans (75% la première année, puis 50% la deuxième et enfin 25% la troisième année). Le contrat hospitalier de territoire fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base des engagements pris par les établissements du GHT et des objectifs d'activité.

L'ARS ne finance donc que les postes d'assistants partagés principalement pour le CHF (sauf l'aide accordée pour le poste de PH en pédiatrie). Pour les postes d'assistants partagés, on remarque que la rémunération est souvent totalement assumée par le CHF mais que les gardes et astreintes assurées par le praticien au CHU sont rémunérées par ce dernier. On peut observer que pour les PH partagés dont l'employeur est le CHF, ils sont en majorité rémunérés uniquement par le CHF, tandis que pour les PH partagés dont l'employeur est le CHU, la rémunération est partagée au prorata de leur activité dans les deux établissements. Le peu de crédits accordés par l'ARS sur ces postes fait que c'est une charge assez conséquente pour l'établissement périphérique. Mais cela est nécessaire pour avoir de nouveaux praticiens régulièrement au sein de l'établissement et toujours mieux que l'intérim médical au coût exorbitant.

### **1.2.2 Le dépassement encore embryonnaire de la logique d'établissement.**

Le fait est que, chaque établissement, même au sein d'un GHT, garde des intérêts personnels forts. Il est encore difficile, à l'heure actuelle, de parler de « coopération médicale » au sens propre du terme. Chaque établissement cherche tout de même à prospérer et à faire pencher la balance en sa faveur. Il est clair que même sur un territoire similaire, les structures n'ont pas les mêmes objectifs en ligne de mire. Malgré les GHT, qui se veulent être fédérateurs, la taille et le contexte de chaque établissement font qu'il y a des différends. Assez logiquement, un CHU ne possède ni les mêmes moyens ni les mêmes possibilités qu'un CH périphérique. De plus, les administrations sont encore très disparates. Si l'on prend l'exemple d'un praticien dont l'employeur est le CHF et qui exerce quelques demi-journées au CHU, il est quasiment « transparent » aux yeux de l'établissement support alors même qu'il est primordial au bon fonctionnement des gardes et astreintes de la structure. De façon générale, les praticiens déplorent la grande opacité lorsqu'on leur évoque l'administration au sens large du terme. Leur priorité reste le soin et bien que de plus en plus ils s'intéressent aux modalités de leur conventionnement, c'est encore en émergence. Ils sont plus ou moins au fait concernant les négociations au sujet de leur contrat.

Bien que de nombreux postes soient dorénavant partagés, il n'est pas encore possible de parler d'équipe médicale de territoire. Dans le GHT du Limousin<sup>19</sup>, il est prévu dans le

---

<sup>19</sup> Revue Hospitalière de France n°581 mars/avril 2018.

projet médico-soignant partagé la constitution d'équipes médicales de territoire comme socle d'un maillage territorial de qualité et comme gage d'attractivité médicale. Mais dans le GHT Haute-Bretagne, la coopération n'est pas encore aussi poussée. Les praticiens sont plutôt demandeurs, mais ensuite, il faut qu'au niveau de la logistique et de la GRH cela soit réalisable concrètement. Les établissements périphériques ont tout intérêt à développer des activités qu'ils maîtrisent, plutôt que de trop s'éparpiller à tenter de posséder de nombreuses spécialités. C'est l'un des objectifs du GHT d'ailleurs que de réussir à bien répartir les activités dans chaque établissement. Sur ce point, les praticiens sont plutôt positifs et réfléchissent déjà dans une position multi-sites afin de développer des activités variées dans plusieurs établissements. De façon réaliste, il est aisé de savoir qu'avec les budgets actuels, l'ARS ne délivre des autorisations d'activité que quand elle est certaine que le projet soit viable financièrement pour le ou les établissements qui en sont à l'origine.

Ainsi, il est complexe, comme dans toute relation professionnelle, de maintenir un équilibre parfait entre les parties. Les positions sont marquées et les négociations deviennent complexes. Plus les restrictions budgétaires sont importantes, moins les établissements sont prêts à concéder du terrain quant à leurs revendications. Il faut que, progressivement, les EPS passent d'une « logique d'établissement » à une « logique de territoire ». Cette nouvelle stratégie interroge forcément les pratiques managériales et suppose un accompagnement dans ce changement de paradigme. La participation des acteurs est primordiale à la réussite de cette réforme initiée par l'arrivée des GHT. L'intérêt commun à agir constitue la base de ce nouveau dispositif. Les pratiques professionnelles doivent évoluer quel que soit le cœur de métier pour que les GHT soient une réussite et chacun doit retrouver du sens à son action quotidienne.

La logique de territoire est difficile à adopter pour des institutions aussi anciennes que les hôpitaux. L'optimisation des administrations publiques dans une logique de performance avait vu le jour avec la tarification à l'activité (T2A)<sup>20</sup>, c'est dorénavant un concept à peu près similaire mais qu'il faut mettre en application sur un périmètre inter-établissement. Les décideurs sont souvent enclins au changement mais il s'agit ensuite d'inculquer cette philosophie à toutes les équipes dans les services. Or, les praticiens exerçant dans le domaine public favorisent plutôt la qualité des soins à la quantité des actes en comparaison avec les cliniques privées pouvant parfois abuser de certaines pratiques. Il devient compliqué pour eux de s'organiser sur plusieurs sites en prenant en compte les besoins de chaque service. La gestion inter-établissements complexifie les modes opératoires.

---

<sup>20</sup> Mise en place à partir de 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Il ne faut pas oublier qu'un hôpital est une véritable institution. C'est presque tout le temps le premier employeur de son bassin de population. La mutualisation progressive des moyens peut donc faire craindre des réductions de postes aux organisations syndicales. C'est d'ailleurs l'une des premières revendications qui s'opposait à l'arrivée des GHT lors de l'émergence de ces groupements en 2016. De plus, même si les GHT ne possèdent pas de personnalité morale propre, les établissements ont craint au départ de ne plus être véritablement autonomes. De nos jours encore, le fait que l'établissement support soit le centre des décisions fait encore débat. Par conséquent, le GHT doit encore et toujours réaliser un travail avant tout de changement des mœurs pour s'imposer sur son territoire. Surtout que les agents hospitaliers sont pour la plupart dans ce domaine d'activité depuis très longtemps, donc il est difficile d'accepter de tels changements. C'est l'image même de l'hôpital qui est modifiée de par la multiplication des relations entre tous les établissements parties du groupement.

L'attaché d'administration hospitalière peut jouer le rôle d'interface entre les différents services pour inculquer cette culture du changement. Des réunions d'information peuvent être menées au fur et à mesure des politiques. Il faut habituer le personnel médical comme non médical à penser de plus en plus « GHT » via le territoire concerné. Au cœur du cheminement du recrutement de personnel médical, il peut également posséder des missions, comme la liaison avec les agences d'intérim ou les autres établissements en cas de postes partagés. Plus l'attaché possède de contacts, plus il est facile au quotidien d'obtenir les informations rapidement. L'AAH constitue un relais entre la direction et les agents et contribue à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement. Il doit tenir compte de façon réaliste du budget à disposition de l'établissement pour ensuite faire des propositions adéquates d'organisation des équipes.

## Transition

Un établissement de proximité doit avoir recours aux postes partagés avec les autres établissements parties de son GHT et plus particulièrement l'établissement support pour pallier au manque de personnel médical. Mais les négociations sont compliquées et le coût est conséquent pour ce type d'EPS périphérique.

Ce système de partage existait déjà avant le GHT, mais ce nouveau moyen de coopération rend le partage des équipes médicales plus simple de par la multiplication des échanges inter-établissements, notamment pour d'autres fonctions. Sauf que l'établissement support, à savoir le CHU, contrôle de plus en plus le conventionnement avec l'avènement des GHT, ce qui complique les négociations budgétaires pour les établissements périphériques. C'est un facteur de création de situations bloquées de par des positions figées de part et d'autre. C'est pourquoi, il faut dépasser la logique d'établissement et arriver à une logique de territoire progressivement.

Les postes partagés, à l'image des assistants spécialistes, constituent un bon moyen d'attirer de futurs praticiens au sein de l'établissement qui ne veulent pas exercer seuls. Cela renforce considérablement l'attractivité de l'hôpital. C'est en quelque sorte le « prix à payer » pour tenir sa ligne de conduite en matière de recrutement pour les établissements périphériques. Le fait est que les jeunes médecins possédant le statut d'assistant spécialiste partagé constituent du personnel à un coût acceptable face à la montée de l'intérim médical et aux difficultés de recrutement des PH.

Enfin, peut-être qu'il existe encore des possibilités de développer ces « équipes communes » sur le territoire. L'objectif est la constitution de véritables équipes médicales de territoire à l'avenir. La logique de territoire n'est pas encore complètement atteinte. Le GHT se veut être un cadre fédérateur dans lequel les établissements peuvent trouver des ressources en personnel médical. Progressivement, la mutualisation de moyens et surtout d'équipements en lien avec le GHT permettra à chaque structure de se stabiliser financièrement. C'est en tout cas l'objectif attendu de la mise en place de cette politique publique d'envergure.

## **2 Le temps médical partagé : un levier pour asseoir l'offre de soins sur le territoire tout en œuvrant pour la consolidation du GHT.**

Le temps médical partagé est fortement dynamisé par l'instauration actuelle des GHT mais souffre aussi de leur instabilité encore assez marquée (2.1). C'est tout de même un outil d'avenir avec la future constitution d'équipes médicales de territoire pour toujours plus simplifier le parcours inter-établissements des patients (2.2).

### **2.1 Le GHT, un cadre fédérateur pour la coopération médicale à l'identité encore nuancée.**

Le GHT Haute Bretagne se superpose à des groupements déjà existants sur le territoire du CHF (2.1.1), ce qui complexifie les relations entre les établissements et notamment les prises de décision rapides et unifiées (2.1.2).

#### **2.1.1 La cohabitation inédite entre plusieurs outils de coopération.**

Depuis le premier juillet 2016, le GHT Haute-Bretagne s'est installé sur le territoire de santé breton englobant le pays fougerais. Mais il ne faut pas que le GHT entre en conflit avec les autres moyens de coopération déjà existants. C'est un nouvel « enchevêtrement » auquel doivent faire face les EPS.

De fait, le CHF fait partie d'un GCS avec le CH de Vitré notamment pour l'activité de radiologie et la mise en place prochainement d'une IRM. Le GCS permet d'unifier les relations entre les membres concernant l'activité de pharmacie également. Comme le GCS possède la personnalité morale, il peut y avoir des problèmes juridiques assez inédits avec le GHT qui se retrouve par exemple à gérer des achats sans être une entité à part entière. Par exemple pour l'installation du futur nouvel examen d'imagerie, le GHT via l'établissement support doit s'occuper de réaliser l'achat de la machine, c'est-à-dire faire la procédure d'achat public. Cependant, c'est tout de même le GCS qui doit payer et qui en tirera ensuite les recettes liées à l'accroissement de l'activité d'imagerie. Les établissements se trouvent donc au croisement entre les intérêts de différentes entités, en plus de leurs intérêts propres inévitablement. Il faut savoir que la convention constitutive d'un GCS doit obtenir l'approbation expresse du DG de l'ARS, alors que celle d'un GHT peut être approuvée tacitement (approbation tacite en cas de silence gardé pendant deux mois suivant la réception). Dans l'esprit de l'ARS de toute manière, la priorité est donnée aux GHT à l'heure actuelle et on souhaite centraliser les instances multi sites en son sein. L'une des fonctions du GCS réside quand même dans la gestion d'un équipement matériel lourd. Un plateau technique est ensuite utilisé par des praticiens de plusieurs

établissements (par exemple pour l'IRM basée au CHF, les radiologues du CH de Vitré utiliseront cette technologie tout autant que ceux du CHF avec un partage d'activité bien défini). C'est en quelque sorte l'exploitation sur un site unique des autorisations détenues par un ou plusieurs membres. L'avantage du GCS réside dans la simplicité de son organisation. La limite réside tout de même dans le fait que le groupement organise et gère les activités administratives, logistiques, techniques, médicotechniques, d'enseignement et de recherche pour le compte de ses membres. Le GCS permet au final de faire une chose que ne peut pas le GHT : centraliser une trésorerie qui génère des charges et des recettes. Dans des situations particulières de partenariat (par exemple la création d'une nouvelle pratique partagée comme au CHF), les établissements qui souhaitent aller plus loin utilisent le GCS.

Le CHF est acteur dans deux FMIH également (pour la périnatalité et les pathologies digestives) essentiellement afin d'assurer des échanges de personnel. La FMIH, contrairement au GCS, ne possède pas de personnalité juridique. Il n'y a donc pas de financement propre. Les instances respectives de la FMIH et du GHT peuvent s'articuler. Aucune gouvernance spécifique n'est imposée dans une FMIH. Même si des instances sont créées, elles ne disposent d'aucun pouvoir décisionnaire opposable aux membres. Un coordinateur médical a souvent pour rôle de veiller au fonctionnement de la fédération en lien avec les établissements membres et les responsables médicaux concernés. Une FMIH ne concerne que les EPS exclusivement, donc sensiblement l'on retrouve les mêmes acteurs que dans un GHT. Elle peut constituer un bon dispositif de gestion des RH médicales partagées au sein d'un territoire de santé<sup>21</sup>.

Une alternative à la FMIH pour gérer du temps médical partagé réside dans le pôle inter-établissements. Le pôle inter-établissements organise le soin, la recherche et la formation. La mise en place de pôle inter-établissements vise à instaurer un dispositif de gouvernance fondé sur des organisations médicales transversales et coordonnées pour faciliter le travail en commun des praticiens au niveau du territoire et pour faire vivre les filières de soins au sein de ce territoire. Le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT<sup>22</sup> autorise les établissements faisant partie d'un GHT à créer des pôles inter-établissements. Le CHF n'en a pas encore constitué avec d'autres structures pour le moment. Le décalage entre le cadre réglementaire applicable aux pôles inter-établissements et celui applicable aux GHT est à l'origine de diverses actions qui font des pôles inter-établissements un ensemble encore assez hétérogène. Des blocages stratégiques et managériaux constituent un frein pour l'instant à la multiplication des pôles

---

<sup>21</sup> JAFFRE Didier - De la FMIH au GCS en passant par les GHT, où en sommes-nous ? - Objectif soins & management - décembre 2016, n°251.

<sup>22</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

inter-établissements. Néanmoins, le pôle inter-établissements peut constituer à l'avenir un outil puissant de structuration des filières de soins et de rationalisation du parcours patient. Il s'agit de placer le patient au bon endroit au bon moment. L'organisation polaire des établissements n'est plus remise en cause, donc cette dynamique sera indissociable de l'essor progressif des GHT. L'une des clefs de réussite de ces dispositifs est l'intégration de la nouvelle structuration par les équipes. Il faut alors impliquer les équipes à la construction du projet lors des remaniements organisationnels.

Le fait est que le GHT ne possède pas de personnalité morale propre. L'expérience montre que les dynamiques de convergence les plus fortes entre les EPS ne passent pas forcément par la création d'une personnalité morale, mais plutôt par la mise en place de directions communes (pour des prises de décision partagées). L'arrivée des GHT doit accentuer la logique de regroupement. L'absence de personnalité juridique, de solidarité budgétaire et par conséquent de possible constitution d'une trésorerie, marque quand même bien l'autonomie qui veut encore être réservée aux établissements en la matière. C'est un groupement qui vise à modifier de façon durable le système de santé mais tout en laissant les établissements assez libres dans le fonctionnement interne.

Globalement, le GHT doit respecter les coopérations déjà mises en place sur le territoire entre offreurs de soins publics et privés. Il n'est absolument pas question que ces coopérations soient remises en cause. Justement, ce sont elles qui permettent un bon maillage du territoire et la prise en charge des patients. En résumé, elles doivent être complémentaires au GHT et non concurrentes. L'objectif est de poursuivre les coopérations existantes tout en développant les nouveaux GHT. Travailler ensemble reste la logique à privilégier. Le GHT vise davantage à conduire une réflexion stratégique approfondie sur le parcours de soins. D'autres outils de coopération peuvent venir se greffer à lui pour clarifier ou organiser des activités plus précises. Concrètement, sur le terrain, un ajustement est nécessaire pour que les acteurs soient coordonnés. Cela passe par une bonne information sur ce que réalise chaque groupement avec des objectifs précis et réalisables. L'établissement support du GHT doit veiller à l'harmonisation de tous ces regroupements afin de garder une certaine fluidité dans les activités de chacun.

### **2.1.2 Un circuit décisionnel étendu et toujours perfectible.**

Un AAH peut jouer un rôle actif dans le domaine des affaires médicales. C'est une thématique à la croisée également des ressources humaines et des finances. Ce type de problématique demande donc une démarche ouverte pour ne pas trop se limiter dans l'étude. Le directeur est celui qui prend les décisions et élabore une stratégie pour atteindre les résultats attendus. Néanmoins, il revient de plus en plus fréquemment à

l'attaché de veiller à la réalisation de ces objectifs. Ainsi, au niveau des affaires médicales, l'AAH est bien souvent celui qui procède à la gestion des dossiers du personnel médical. Il doit faire face aux besoins des services de l'hôpital et assurer au mieux en collaboration avec les cadres de santé la continuité des soins. Cela passe par l'assurance d'une bonne attractivité de l'établissement et ensuite la captation de médecins. L'attaché s'occupe aussi du suivi des contrats et de la rémunération des médecins en règle générale. Il occupe donc un rôle complet d'accompagnement du personnel médical.

L'AAH représente véritablement l'interface entre les revendications du personnel médical dont il est responsable et les objectifs énoncés par la direction. Il permet de faire la liaison pour optimiser le conventionnement entre les différents acteurs. Une négociation fine des intérêts de chaque partie doit être entreprise pour veiller au bon fonctionnement de l'établissement. Il s'agit de mêler des positions très diverses. Les deux établissements, le médecin et l'ARS jouent un rôle dans la création de postes partagés de nos jours. Il faut avoir une vision large des enjeux pour ajuster au mieux le recrutement. Cela demande des contacts au sein de chaque structure et un certain sens de la négociation afin que les relations soient optimales entre chaque partie.

L'objectif au sein des GHT est véritablement de réduire le temps de réunion en le centralisant. Pourtant, six nouvelles instances sont créées avec l'arrivée des GHT<sup>23</sup>. Le circuit décisionnel doit forcément passer par les instances nouvellement en place du groupement. Le GHT comporte ainsi plusieurs organes de décision en son sein. Tout d'abord le comité stratégique, qui comprend les directeurs d'établissement, les présidents de commission médicale d'établissement (CME) et les présidents de commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextuels (CSIRMT) de tous les établissements parties au groupement. Il est présidé par le directeur de l'établissement support. Il se prononce sur la mise en œuvre de la convention constitutive et surtout du projet médical partagé. C'est l'organe de concertation du GHT mais qui doit encore une fois se concilier avec l'emploi du temps souvent très chargé de ses membres de par leurs fonctions en interne en établissement. Il conseille et oriente le directeur de l'établissement support sur tous les sujets en lien avec la convention constitutive du GHT et son projet médical partagé. Le comité territorial des élus locaux est, lui, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le GHT pour garantir l'égal accès à des soins sécurisés et de qualité sur le territoire du groupement. Il se compose des représentants des élus au conseil de surveillance de chaque établissement. C'est donc plus une instance de représentation mais qui peut tout de même émettre des propositions au

---

<sup>23</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

comité stratégique et doit être informé des suites qui leurs sont données. La conférence territoriale de dialogue social a été instaurée pour élever le débat en termes de conditions de travail et de politique de formation au sein du GHT. Elle comporte un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement (CTE) d'un établissement membre. Elle est tout de même en retrait par rapport aux deux autres instances centrales du GHT.

De plus, chaque GHT doit constituer un collège médical ou commission médicale de groupement pour coordonner la stratégie médicale à suivre dans le groupement. C'est en quelque sorte une CME au niveau du GHT essentiellement composée de praticiens. Elle est primordiale pour faire remonter les besoins des services de chaque établissement et étudier si des solutions peuvent être trouvées par l'ensemble du groupement. C'est un point de départ parfois pour ensuite partager du temps médical entre les établissements. L'objectif au sein du GHT reste le même qu'en interne : éviter au maximum le recours à l'intérim médical qui coûte trop cher aux structures hospitalières. En cas de constitution de pôle inter-établissements dans certains GHT, la CME de groupement réalise des propositions pour la nomination des chefs de pôles. Elle détient aussi un pouvoir de proposition concernant le médecin du département de l'information médicale (DIM) de territoire. Ce dernier possède un rôle d'appui à côté du directeur de l'établissement support puisqu'il dispose des informations médicales précises du groupement. On retrouve encore une CSIRMT de groupement pour les professionnels paramédicaux. Enfin, une commission des usagers (CDU) de groupement, dont les avis sont transmis au comité stratégique et à chaque CDU des établissements parties au groupement, est instituée pour le groupement.

Au premier abord, cet étalage d'instances peut laisser craindre qu'il y ait de nombreuses situations de blocage. En effet, cela rajoute une couche au « mille-feuille » territorial déjà existant. Les établissements doivent donc dorénavant prévoir du temps pour assouvir les besoins du GHT. Généralement, les temps de regroupement ont lieu au CHU ce qui fait du temps de déplacement supplémentaire pour les établissements périphériques. L'association au CHU a pour objectif, dans le domaine des affaires médicales, la mise en adéquation des besoins médicaux (état des lieux des postes, continuité des soins, formation) et des ressources médicales. Indirectement, c'est donc faciliter la mise en place de postes partagés entre le CHU et les établissements périphériques et également permettre une approche personnalisée pour chaque praticien en fonction des spécialités présentes dans chaque structure.

Avec l'arrivée des GHT, un lien direct et permanent doit exister entre les structures pour gérer au mieux la démographie médicale et empêcher la fuite des patients vers le secteur privé. Il faut donc rapidement que les établissements réalisent que le groupement a pour but la mutualisation de moyens afin d'être plus attractif ensemble. Sans cette prise de conscience collective, le circuit décisionnel sera forcément impacté. Les instances du groupement doivent être guidées par le principe de consensus, surtout dans la prise de décision. La mutualisation peut donc avoir une application concrète dans le domaine des affaires médicales également. C'est pourquoi, de plus en plus, les établissements de santé, à l'image du CHF, seront amenés à partager des postes de praticiens, voire à constituer des équipes médicales communes peut être un jour sur leur territoire de santé.

## **2.2 Le développement progressif de véritables équipes médicales de territoire.**

Cette forte progression du temps médical partagé dans le paysage hospitalier français rend possible de nouvelles organisations de travail pour les managers (2.2.1) et permettra à terme de partager de plus en plus d'informations entre les établissements pour améliorer la prise en charge des patients sur le territoire (2.2.2).

### **2.2.1 De nouvelles perspectives d'organisation des services rendues possibles par la constitution effective d'équipes médicales communes.**

La « révolution de la territorialité »<sup>24</sup> émerge de nos jours sur nos territoires. Le territoire apparaît comme l'échelon le plus adapté à notre système de santé. Le projet médical partagé des GHT devient une opportunité pour « promouvoir de nouvelles organisations médicales et une approche moderne de la gestion des ressources humaines (GRH) »<sup>25</sup>. La stratégie de groupe permet de répondre aux enjeux de démographie médicale, d'accès aux soins et de qualité des parcours ainsi que d'évolutions des pratiques médicales et chirurgicales. Elle doit répondre aux attentes des usagers du système de santé ainsi qu'aux contraintes normatives ou médico-économiques.

Plusieurs propositions sont envisageables pour accompagner la mise en place opérationnelle d'équipes médicales de territoire : fixer un cadre d'action partagé entre médecins et direction (densifier les réunions entre l'administration et les praticiens), définir un projet médical de territoire (déclinaison du projet médical partagé du GHT) et communiquer autour de cette mutualisation (faire de la publicité au sein du GHT et auprès des établissements extérieurs au groupement sur la coopération médicale mise en place).

---

<sup>24</sup> Revue Hospitalière de France n°581 mars/avril 2018.

<sup>25</sup> GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire, Jean-Marie Barbot et Julien Rossignol, Éditions LEH Exposition, septembre 2017.

Les médecins constitutifs de cette équipe naviguent entre les établissements en fonction des besoins. Au final, cela donne lieu à plus de consultations donc le taux de satisfaction des patients s'accroît. Surtout, des économies sont réalisées par les établissements qui n'ont souvent pas besoin d'un poste à temps plein et se divisent ainsi la rémunération du praticien. C'est ce qui est pratiqué sur le territoire du GHT Limousin précédemment évoqué et c'est une ambition future pour le CHF.

Quatre leviers permettent normalement de mobiliser les acteurs de terrain :

- Définir un projet stratégique : il s'agit d'aligner les acteurs sur une stratégie commune pour mettre en œuvre le projet médical partagé.
- Fluidifier le parcours patient : bien clarifier l'offre de soins par filières définies par le groupement pour assurer la permanence et la continuité des soins.
- Placer les équipes au cœur de la stratégie commune : ne pas négliger le projet de soins contenu dans le projet médical partagé puisqu'il concerne tout le personnel paramédical qui est aussi essentiel que le personnel médical.
- Maîtriser les outils de gestion et de pilotage : les éléments statistiques recueillis doivent être appropriés et partagés de façon adaptée à l'ensemble des acteurs.

La confiance entre les acteurs est primordiale au sein du GHT pour mettre en pratique un tel plan d'action. Cette notion de « confiance » est une construction sociale. C'est une acquisition rarement définitive de l'homme. Il faut l'animer et la faire vivre autant que possible au quotidien. La philosophie du management à la confiance peut permettre d'ancrer le GHT dans son territoire. L'AAH peut assurer cette liaison au sein d'un établissement. Le directeur dicte en règle générale la position de la structure au niveau du GHT et l'attaché peut faire le relais en interne ensuite. La relation de confiance est tout aussi importante entre le directeur et son attaché, surtout en termes de recrutement médical où les informations doivent être transmises rapidement. L'offre médicale est très fluctuante et il faut donc être très réactif.

L'animation d'une équipe médicale de territoire multi-sites apporte de nouvelles contraintes organisationnelles. La gestion des tableaux de service requiert une responsabilisation de chacun des acteurs pour répondre aux besoins des différents plateaux techniques. Il faut trouver une organisation professionnelle équilibrée, pour limiter les trajets superflus et continuer de développer le projet personnel des praticiens. Une équipe médicale de territoire ne peut fonctionner que si elle est voulue par la communauté médicale. La réussite passe par une bonne qualité relationnelle des praticiens. La gouvernance est très importante aussi avec la création d'une FMIH ou d'un pôle inter-établissements pour poser un cadre d'exercice, de fonctionnement et de

participation des différents acteurs. L'équipe médicale de territoire doit posséder une réalité sur le terrain et renvoyer une image positive aux patients surtout.

Sur le plan stratégique, la gestion prospective des RH médicales à l'échelle du GHT se construit avec l'ensemble des acteurs. La GRH ne doit pas être un point de blocage mais un point d'ancrage des coordinations. Une concertation étroite est le gage d'une stratégie territoriale de qualité. Il s'agit de répondre à la fois aux besoins de santé du territoire, aux contraintes de chacun et aux attentes de la communauté médicale. L'équation est complexe mais un dialogue de qualité montre le chemin vers une responsabilité commune à tous. C'est ensemble que les hôpitaux pourront couvrir des territoires plus vastes et de façon coordonnée. L'installation progressive des GHT impacte fortement la GRH médicale et non médicale. Il faut plutôt percevoir les groupements comme une occasion d'améliorer la GRH, puisqu'à terme les hôpitaux vont devoir mutualiser leur gestion de personnels. Les différentes DRH seront amenées à développer des compétences nouvelles au fil du temps et à préparer des techniques de recrutement innovantes. Les GHT n'évolueront pas tous au même rythme, tout dépend de la maturité des acteurs concernés. Il s'agit surtout de fédérer autour de ce qui est commun pour aller plus vite et donner du sens aux actions menées. En effet, bon nombre des acteurs sont plutôt méfiants par rapport aux GHT (en juin 2017, 64% des cadres de direction jugeaient que la réforme a ou allait altérer leurs conditions de travail<sup>26</sup>), il faut donc les rassurer.

Pour reprendre un thème déjà abordé précédemment, le fait que le GHT ne possède pas de personnalité morale propre peut impacter la GRH et la constitution d'équipes médicales communes. En effet, la question du portage juridique des mises à dispositions ou encore des délégations de signature peut poser problème. Le président de l'association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS), Jean-Marie Barbot, qualifie même la décision de création des GHT de « bombe à fragmentation ». Sans aller aussi loin, il apparaît évident que le GHT permet l'essor des postes partagés, ce qui fournit plus de praticiens aux établissements périphériques, mais la gestion reste encore complexe dans la pratique avec de nombreux décideurs. Aucune direction des affaires médicales (DAM) de territoire n'a encore vu le jour pour l'instant, mais des rapprochements ont lieu grâce au projet médical partagé.

De fait, le GHT doit être utilisé comme une ressource pour les EPS, et encore plus pour les établissements périphériques dont les moyens deviennent de plus en plus restreints. Par exemple, pour mener une procédure de recrutement d'un radiologue : l'établissement

---

<sup>26</sup> <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170622-ressources-humaines-le-bilan-a-un-an-des>

peut faire une campagne de recrutement en interne, ensuite faire appel au réseau du GHT si la première procédure n'est pas concluante et en dernier recours utiliser l'intérim médical si la situation l'impose. La coopération avec les établissements membres peut concerner les postes vacants, le financement de postes partagés, les rémunérations des praticiens, les schémas organisationnels de travail, la planification médicale sur le territoire, etc. Par contre, lorsque le choix est fait de mutualiser une procédure, toutes les décisions doivent faire l'objet d'un consensus donc il faut bien réfléchir auparavant à la rapidité de résolution du besoin.

L'établissement doit tout mettre en œuvre pour que le partenariat, lorsqu'il est établi, se déroule dans les meilleures conditions possibles. Même lors de la constitution d'une équipe médicale commune, lorsque les praticiens exercent dans l'établissement qui était en besoin de ressource médicale, les conditions de travail se doivent d'être agréables pour encourager la poursuite de l'expérience. Cela passe par des choses simples comme un hébergement de qualité ou encore la proposition de services. Parfois, la présence d'une crèche au sein de la structure pour pouvoir accueillir les enfants de jeunes praticiens est très appréciée et peut être un argument pour finaliser la venue d'un médecin, comme au CHU de Rennes notamment. C'est toute une politique de qualité de vie au travail qui est à entretenir pour accompagner les professionnels de santé.

Surtout, il ne faut pas s'enfermer dans un modèle de GRH puisque chaque GHT est différent et possède une identité propre. C'est une occasion de modernisation des processus en RH aussi bien qu'au niveau des affaires médicales qui est évolutive suivant le territoire concerné et son avancement dans la mutualisation. Il faut que rapidement, les jeunes médecins comprennent que leur exercice sera avant tout territorial. C'est pourquoi, débiter par un poste d'assistant spécialiste partagé est un bon compromis d'adaptation vers ce que sera la majorité des postes de demain vraisemblablement.

### **2.2.2 Vers un système d'information et de formation convergent pour une prise en charge globalisée du patient.**

Le transfert d'informations peut être amplement facilité avec l'apparition des GHT. En effet, un système d'information (SI) convergent permet de faciliter le transfert d'informations entre les établissements. Ce SI convergent, c'est ce vers quoi tend l'avenir des SI hospitaliers. Un schéma directeur du système d'information doit être validé au plus tard au premier janvier 2018. Il est établi par le directeur de l'établissement support du groupement après concertation avec le comité stratégique. Le schéma directeur décrit la convergence informatique des établissements du GHT. Le SI ne doit être véritablement effectif qu'à partir du premier janvier 2021, ce qui laisse encore un peu de temps aux

établissements pour le mettre en œuvre, en ces temps propices à la dématérialisation, même si cela arrive tout de même à moyen terme. C'est un véritable outil pouvant servir d'appui à la stratégie médicale commune aux établissements parties. Pour piloter le SI, une direction du système d'information (DSI) doit être créée au sein du GHT pour contrôler sa future installation. Cette DSI commune est hébergée par l'établissement support et a pour rôle de garantir la cohérence des actions et l'efficacité des décisions.

Dans les faits, l'objectif final est d'avoir une application commune pour tous les membres du groupement afin d'utiliser un identifiant patient unique à l'échelle du territoire<sup>27</sup>. Cette mise en place suppose préalablement la mutualisation des ressources, des infrastructures et des données. A terme, l'identifiant unique du patient permettra la consultation de son dossier dans tout le périmètre du groupement. Chaque patient sera connu des services de chaque structure membre du GHT. Actuellement, ce n'est pas du tout le cas encore. Même les praticiens partagés sur plusieurs sites sont en général connus uniquement des services de l'administration de l'établissement employeur. C'est donc une avancée colossale qu'il reste à produire au niveau du partage de données.

Cette exigence d'identification du patient sur le territoire du GHT fait écho à la volonté de structurer le parcours de soins des patients en filières et de ne plus fragmenter les prises en charge. Partager l'information médicale c'est gagner du temps pour réaliser d'autres tâches et d'une certaine manière c'est un moyen de fidéliser le patient qui se sent en confiance sur le territoire de santé à sa disposition. En revanche, cela nécessite l'instauration d'une politique de sécurité en lien avec le SI au sein du groupement. Le SI doit être accessible par tous les utilisateurs du GHT quel que soit le lieu d'exercice, mais selon des règles de confidentialité strictes concernant le partage des données du patient.

Des outils collaboratifs verront le jour. Le premier pas concerne une mise en commun au niveau des logiciels utilisés. Certains établissements vont devoir renouveler leur matériel inévitablement pour se conformer à la majorité. Il faudra former le personnel si les techniques sont amenées à changer. Un plan d'action initié par l'AAH en charge du projet peut être alors de faire un état des lieux au niveau du GHT des pratiques utilisées, pour faire un inventaire des besoins et des possibilités par la suite. L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) proposera des formations. Sinon, au sein du GHT, de la formation continue sera réalisée entre pairs. Une plateforme d'appui et de gestion en ligne pour aider les agents doit normalement voir le jour également à l'initiative de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). De nouvelles pratiques, déjà en partie utilisées, se

---

<sup>27</sup> Article. R. 6132-15.-I du CSP.

développeront progressivement. Pour commencer, la visioconférence trouve de plus en plus de nos jours une application concrète. Si les patients circulent entre plusieurs établissements, cela peut éviter aux praticiens de se déplacer eux-mêmes à chaque fois. Avec la mutualisation des données, il faudra aussi tenir une gestion documentaire partagée. Des fichiers communs devront être créés pour que chacun puisse retrouver rapidement l'information dont il a besoin. Ce n'est pas forcément évident à mettre en place par rapport aux différents serveurs d'hébergement.

Le GHT peut donc faciliter le partage d'informations, c'est indéniable. Par conséquent, le suivi des patients entre les divers établissements et ainsi les différents plateaux techniques sera amélioré. Les nouveaux outils collaboratifs permettent aux acteurs d'échanger à distance. Mais l'enjeu n'est pas que technologique, d'où son incorporation au sein de cette réflexion sur les postes partagés. Les flux d'informations pour les praticiens seront fortement accélérés. La mise en place d'un SI convergent influence donc la création de postes partagés chez le personnel médical. Les praticiens ayant déjà actuellement un exercice médical multi-sites jugent très profitable le fait de pouvoir justement échanger des informations avec leurs pairs d'un autre établissement. A l'avenir, si tous les membres d'un GHT sont « hyper-connectés » entre eux, cela ne peut que profiter aux praticiens. Surtout, c'est un moyen d'influencer la création d'équipes médicales de territoire puisque si le SI commun fonctionne, il n'y aura plus de frein technologique.

Le parallèle peut être fait avec les établissements médico-sociaux. Ils développent grandement des outils technologiques innovants pour satisfaire au mieux les nouvelles populations présentes dans les structures. Les structures privées sont aussi bien souvent assez avancées dans le développement d'outils permettant des prises en charge améliorées. Les GHT sont faits pour prendre conscience des travaux restant à accomplir afin que le secteur public puisse fournir une offre de soins de qualité tout en manœuvrant avec des budgets restreints. La mutualisation de moyens donne plus de possibilités mais il faut arriver à un consensus ce qui n'est pas toujours évident. Plus l'information sera partagée, plus les postes de praticiens suivront cette voie également. Il s'agit, dans un futur proche, de collectiviser données et patients pour densifier l'offre publique de soins sur un territoire.

Le CHF, par exemple, multiplie les relations avec ses établissements voisins. L'établissement fougerais, qui est proche de la métropole rennais, doit constituer un associé de choix pour l'établissement support. En témoignage, le 27 février 2018, la signature du contrat hospitalier de territoire entre les dix établissements du GHT Haute-

Bretagne et l'ARS Bretagne. C'est un soutien financier apporté par l'ARS sur cinq ans afin de favoriser le déploiement du projet médico-soignant partagé du groupement. C'est un outil au service de la stratégie territoriale d'offre de soins. Ce contrat se base sur trois fondamentaux : développement de filières de soins via les postes partagés, faciliter les investissements pour les établissements membres et mutualiser des fonctions supports au sein du GHT. Le GHT Haute-Bretagne constitue, en termes de population et de nombre d'établissements parmi les GHT de la région Bretagne, le plus important, puisqu'il regroupe 28% de la population bretonne totale ; d'où ce besoin plus particulier d'unifier les actions entre les établissements membres. Une évaluation de la mise en œuvre du contrat sera réalisée annuellement sur la base d'indicateurs définis de manière consensuelle.

La formation des praticiens hospitaliers occupe une place importante dans le thème de la coopération médicale. En effet, les GHT sont propices encore une fois à un changement dans les organisations des établissements parties. Classiquement, dans chaque structure, la CME est consultée pour avis sur le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales (le CTE pour le personnel non médical). Mais si une commission médicale de groupement est constituée, les CME des établissements parties peuvent lui déléguer cette compétence. Cela suppose tout de même une délibération concordante des instances de chaque établissement lorsque c'est le cas. Dans le cadre du GHT, il est encore possible de créer une commission de formation de territoire<sup>28</sup>. Elle peut alors émettre des propositions pour faciliter les débats au sein de la conférence territoriale de dialogue social et des instances de chaque établissement. Le directeur de l'établissement partie reste cependant compétent pour arrêter le plan de formation et de développement professionnel continu de sa structure. Les règles de financement restent inchangées : pour le personnel médical, 0.75% de la masse salariale doit être réservée pour la formation des professions médicales (0.5% en ce qui concerne les CHU) contre 2.1% réservé pour le personnel non médical (ce qui est logique au vu du nombre de médecins par rapport à la quantité entière d'agents au sein d'un hôpital).

Le comité stratégique du GHT arrête les orientations et le niveau de coordination de la formation au sein de son groupement. Un coordinateur de la formation peut être désigné à l'échelle du GHT. Il a pour rôle de favoriser l'articulation entre les différentes stratégies et d'aider l'élaboration du plan de formation de chaque établissement partie. Il est l'interlocuteur privilégié du responsable formation de chaque membre. Des groupes de travail inter établissements sont constitués afin d'identifier les enjeux, les besoins et les objectifs communs. Cela nécessite du temps et des échanges réguliers. Le GHT peut

---

<sup>28</sup> Guide de l'ANFH, Coordination de la formation dans les GHT, Novembre 2017.

permettre de mutualiser les demandes ou les besoins individuels qui ne trouvent pas réponse à l'échelle de l'établissement seul.

La décision de faire évoluer les organisations continue de relever de la responsabilité de chaque établissement partie. Le coût des formations à l'intérieur du groupement sont très attractifs, d'où le choix souvent logique de vouloir développer les formations communes pour les établissements de petite taille (formations dispensées pour la majorité au CHU du groupement). La loi<sup>29</sup> impose seulement pour l'instant de coordonner les plans de formation au minimum, pas encore de poursuivre jusqu'à la rédaction d'un plan de formation partagé. L'avantage d'un plan de formation partagé est l'assurance d'un niveau de compétences à peu près équivalent sur l'ensemble du territoire du groupement. Le niveau de coordination est à décider au sein de chaque GHT au cas par cas, souvent suivant l'avancement de la mutualisation des autres fonctions du groupement.

Concernant l'achat de formation, la mutualisation de la fonction achats au sein des GHT concerne aussi les prestations de formation. Selon la stratégie globale du GHT, les établissements peuvent décider de réaliser ensuite les achats de formation ensemble ou par établissement. Par exemple au sein du GHT Haute-Bretagne, un plan de formation intra groupement a vu le jour depuis l'année dernière concernant le personnel non médical. Pour les professions médicales, chaque établissement continue de s'occuper des formations de ses praticiens, bien qu'avec l'augmentation des postes partagés les formations bénéficient souvent à plusieurs structures au final. Ce qui importe bien souvent pour les médecins, c'est que la formation soit reconnue comme participant au développement professionnel continu puisqu'ils ont des impératifs à remplir en la matière (« chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques »<sup>30</sup>). L'obligation est donc devenue triennale depuis le premier janvier 2017. C'est une obligation à remplir pour les praticiens qu'il ne faut pas oublier pour le responsable de la formation au sein de chaque établissement.

---

<sup>29</sup> Article L.6132-3 du CSP.

<sup>30</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

## Conclusion

Il est toujours plus facile de partager l'avenir que le présent<sup>31</sup>. Pourtant, le temps médical partagé semble ainsi être à la fois une opportunité aussi bien qu'une nouvelle charge pour les établissements périphériques membres d'un GHT. Le véritable risque engendré par l'apparition de ces groupements sans personnalité morale propre, est de centraliser toutes les activités dans l'établissement support et de créer des zones en tension démographique. A l'avenir, les activités administratives seront de plus en plus concentrées afin de raccourcir le délai des circuits décisionnels au sein des différentes directions.

Le scénario idéal, pour chaque établissement, réside dans le fait de placer des activités de façon stratégique au vu des plateaux techniques et des compétences de chacun pour installer une offre de soins équitable sur le territoire et que chaque patient puisse être à proximité de la spécialité qu'il recherche. Les praticiens sont pour la plupart favorables à une égale répartition des spécialités plutôt que pour un foisonnement d'activités sous-utilisées dans chaque structure. L'objectif prioritaire reste en effet la création de parcours patient efficient sur le territoire de santé. Néanmoins, il ne faut pas que la coopération médicale soit un impératif amenant des suppressions de postes. L'ancrage de certains professionnels de santé dans un seul établissement est possible si l'activité le nécessite.

L'un des futurs enjeux lié à la problématique de la coopération médicale réside dans le transport sanitaire. Si les praticiens naviguent entre plusieurs établissements de santé, les patients, s'ils veulent les suivre, doivent se déplacer également. Avec le développement du temps médical partagé, les frais de déplacement vont sensiblement augmenter. Les transports sanitaires sont aujourd'hui assurés par les ambulances, les véhicules sanitaires légers (VSL) et les taxis qui ont passé une convention avec l'assurance maladie. Ces frais sont justement pris en charge par l'assurance maladie suivant certaines conditions<sup>32</sup> mais uniquement sur prescription médicale. Faute de prescription, l'assurance maladie rejette le dossier de remboursement. En 2014, déjà, une étude parlementaire montrait que les frais d'ambulance étaient passés de 0.9 à 1.6 milliards d'euros à l'année en dix ans<sup>33</sup>, donc bien avant l'instauration des GHT et de la multiplication des postes partagés qui amplifiera encore le phénomène.

---

<sup>31</sup> Les euphorismes de Grégoire, Tome 1, Grégoire Lacroix, 2006.

<sup>32</sup> <https://www.ameli.fr/transporteur-sanitaire/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situations-prise-charge>.

<sup>33</sup> Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, compte rendu de la séance du mardi 20 mai 2014.

Or, les praticiens ont plutôt tendance à limiter les prescriptions de déplacement puisque cela représente des sommes conséquentes alors que les patients ont bien souvent des possibilités de déplacement mais ils demandent un transport sanitaire par convenance personnelle. Des formes de covoiturage sanitaire sont expérimentées dans le Sud de la France afin de réduire les frais remboursés par l'assurance maladie. Par exemple, il s'agit notamment de transporter plusieurs patients sortant à la même heure de leur séance de chimiothérapie.

Cette problématique des transports sanitaires est le reflet des tensions engendrées par les frais de déplacement des médecins. Toute la question est de savoir s'ils sont divisés entre les établissements ou uniquement à la charge de l'établissement d'accueil. Le partage de personnel médical ouvre la voie à de nouvelles situations de conflit entre les établissements de santé. C'est pourquoi le projet médical partagé se doit d'être fédérateur afin de rassembler tous les acteurs vers le même objectif : mieux répartir l'offre de soins sur le territoire.

Les EPS se doivent d'être solidaires. Une fuite de patients assez importante a lieu vers les cliniques privées. La mutualisation de moyens et surtout d'équipements grâce au GHT peut être un moyen de lutter à armes égales face aux structures dont les moyens sont démultipliés. Dans un contexte de restriction budgétaire, le renforcement de l'attractivité passe par la coopération médicale. Le partage d'expérience est vraiment à valoriser pour attirer des praticiens expérimentés de façon pérenne, ou encore pour donner la vocation du service public à de jeunes praticiens à l'écoute des diverses propositions pour débiter leur carrière dans de bonnes conditions de travail.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

- Code de la Santé Publique
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux
- Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière
- Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques
- Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire

## Rapports et études :

- Rapport Véran de décembre 2013 sur l'intérim médical « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte-essor et dérives du marché de l'emploi temporaire à l'hôpital public »
- Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, compte rendu de la séance du mardi 20 mai 2014
- Guide de l'ANFH, Coordination de la formation dans les GHT, Novembre 2017
- Revue Hospitalière de France n°581 mars/avril 2018

## Ouvrages :

- GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire, Jean-Marie Barbot et Julien Rossignol, Éditions LEH Exposition, septembre 2017

- Didier Jaffre, De la FMIH au GCS en passant par les GHT, où en sommes-nous ?, Objectif soins & management, décembre 2016, n°251
- Sénèque L'intégrale, Œuvres complètes, 31 titres et annexes enrichies, INK Book édition
- Les euphorismes de Grégoire, Tome 1, Grégoire Lacroix, 2006

**Sites internet et ressources en ligne :**

- Site internet du Journal Ouest France : <https://www.ouest-france.fr>
- Site internet du Journal en ligne Actu.fr : <https://actu.fr/bretagne/fougeres>
- Site internet du réseau des CHU de France : <https://www.reseau-chu.org>
- Site internet de l'assurance maladie : <https://www.ameli.fr>
- Site internet de l'ARS Bretagne : <https://www.ars.sante.fr>
- Site internet du média Hospimédia : <http://www.hospimedia.fr>

**Ressources internes :**

- Compte financier du CHF pour l'année 2017
- Conventions de partage de l'activité des praticiens

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** – Tableau interne récapitulant l'ensemble des praticiens liés par une convention de temps médical partagé au CHF.

**Annexe 2** – Carte de la région Bretagne du coût du recours à l'intérim médical par spécialité et par établissement en 2016.

**Annexe 3** – Carte du découpage des GHT dans la région Bretagne avec le GHT Haute Bretagne dont fait partie le CHF.

**Annexe 4** – Grille salariale des PH temps plein sans activité libérale à l'hôpital public.

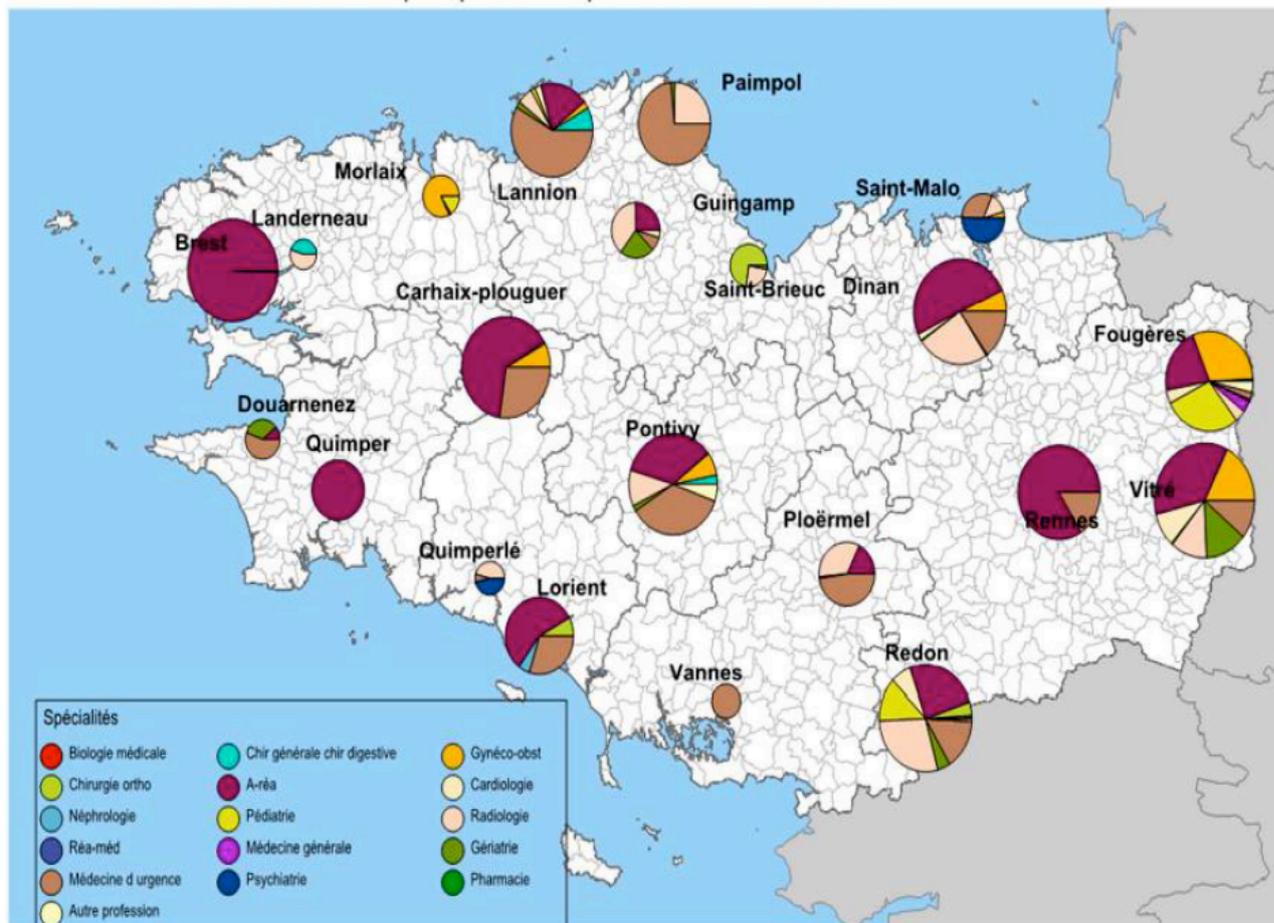
**Annexe 5** – Grille d'entretien avec les médecins interrogés sur le partage de leur temps médical au CHF et dans un autre établissement de santé.

**Annexe 1 – Tableau interne récapitulatif l'ensemble des praticiens liés par une convention de temps médical partagé au CHF.**

Conventionnement inter-établissement du temps médical partagé au CHF										
Nom du praticien	Statut médical	Type de convention	Date d'effet convention	Date fin convention	Service	UF	Etablissement employeur	Etablissement d'accueil	Répartition du temps de travail	Répartition du coût
Dr. ALIX Lilian	Assistant spécialiste	Convention de coopération	02/11/2016	01/11/2018	Médecine polyvalente AVC	1650, 5002	CHF	CHU Rennes	70%:CHF-30%:CHU Rennes	Le CHF est employeur et prend en charge la totalité du traitement et des charges afférentes. Les gardes et astreintes exclusivement effectuées au CHU sont rémunérées par ce dernier, ainsi que les frais de déplacement occasionnels.
Dr. ALLANMAT LEMERCIER Amandine	Assistant spécialiste	Convention de coopération	02/11/2017	02/11/2018	Pharmacie	7090	CHF	CH Marolles de Bretagne	50%:CHF-50%:CHMB	L'employeur est le CHF qui prend donc en charge la totalité du traitement et des charges afférentes. Les gardes et astreintes effectuées sur le site du CHMB sont prises en charge uniquement par ce dernier ainsi que les frais de déplacement occasionnels.
Dr. ANDRE Hélène	Assistant spécialiste	Convention de mise à disposition	02/11/2017	01/11/2018	Gynécologie	3000	CHU Rennes	CHF	40%:CHF-60%:CHU Rennes	Le CHU est employeur et prend en charge la totalité du traitement de la prime d'exercice territorial et des charges afférentes. Les gardes et astreintes exclusivement effectuées au CHF sont rémunérées par ce dernier, ainsi que les frais de déplacement occasionnels. Le CHF s'engage à financer le coût du poste non financé par les crédits de l'ARS. Il rembourse au CHU la totalité de la prime d'exercice territorial, charges sociales comprises, déduction faite du financement de l'ARS.
Dr. BASQUIN Adeline	PH	Convention de mise à disposition	01/01/2014	1 an - renouvelable par tacite reconduction dans la limite de 5 ans. Fin le 01/01/2019	Cardiopédiatrie	1001	CHU Rennes	CHF	1 demi-journée par mois au CHF	Le remboursement des émoluments est assuré par le CHF au prorata du temps effectué soit une journée par mois plus les charges afférentes. Les frais de déplacement sont remboursés par le CHF.

**Annexe 2** – Carte de la région Bretagne du coût du recours à l'intérim médical par spécialité et par établissement en 2016.

Coût du recours à l'intérim médical par spécialité et par établissement en 2016







**Annexe 5** – Grille d’entretien avec les médecins interrogés sur le partage de leur temps médical au CHF et dans un autre établissement de santé.

Grille d’entretien médecins
-----------------------------

Exercez-vous un travail partagé ? Entre quels établissements ?

Etes-vous à l’origine de cette organisation de votre temps de travail ou est-ce votre employeur qui vous a incité ?

Quelles motivations à occuper un poste partagé (rémunération, intérêt médical, expériences multipliées, réseaux professionnels) ?

Existe-t-il une distinction entre les pratiques en CHU et les pratiques en CH ?

Le temps médical partagé est-il plutôt perçu comme une contrainte ou une opportunité ?

Les nouveaux médecins ont-ils connaissance de ces nouvelles modalités de travail ?

Quelles avantages à exercer sur plusieurs sites ? Quels inconvénients ?

Existe-t-il des conditions sine qua non de réussite pour un poste partagé ?

Du point de vue juridique, pourquoi privilégier un statut plutôt qu’un autre ?

Le développement du temps médical partagé est-il une solution pérenne face au manque de médecins et aux difficultés de recrutement ?

Seriez-vous plus enclin à faire de l’intérim médical que de partager un poste si vous aviez le choix ?

Le virage ambulatoire peut-il constituer un frein à l’essor du temps médical partagé ?

Le GHT peut-il permettre de nouveaux moyens de collaboration entre les établissements de santé ?

A l’avenir imaginez-vous des équipes médicales communes ? Des pôles multi-sites ?

Globalement pensez-vous que le partage des équipes médicales soit une bonne ou une mauvaise démarche pour les établissements (intérêts CHU/CH) ?

Sur le long terme, pensez-vous que le temps médical partagé va se développer encore plus ?

Comment imaginez-vous personnellement l’avenir de ce type de postes ?

BONNEL

Clément

Décembre 2018

## **Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion 2018

# **Le développement des coopérations médicales au sein d'un GHT : le temps médical partagé par le CH de Fougères**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

### **Résumé :**

Le temps médical partagé possède une importance capitale à l'heure du développement des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Au centre hospitalier (CH) de Fougères, de nombreux praticiens possèdent des fonctions réparties entre plusieurs établissements de santé et principalement avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, l'établissement support du groupement.

La gestion des postes partagés passe par des négociations fines entre les différentes parties des conventions qui régissent le temps médical partagé au vu des enjeux du territoire. Différents acteurs jouent un rôle central, à savoir les établissements sanitaires employeur et d'accueil, le praticien et l'Agence régionale de santé (ARS) qui apporte parfois son concours financier pour aider les structures dans la création des postes partagés.

L'avenir des centres hospitaliers, dont les moyens sont de plus en plus restreints, repose sur la coopération médicale. Des équipes médicales de territoire apparaissent pour proposer une offre de soins plus complète aux patients. C'est toute l'organisation des hôpitaux qui sera revisitée en prenant en compte ces pratiques et la mutualisation progressive des services de ressources humaines au sein des groupements.

### **Mots clés :**

GHT – Coopération – Hôpital – Temps – Partage – Equipes – Médecins – Ressources humaines – ARS – Financement – Territoire – Offre – Soins

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*