

<http://ressources.anap.fr/cooperation/publication/1744-elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes>

Méthode ♦ Kit de productions

## Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### Sommaire

1. Introduction
- 2. Fiche 1 : Démarche projet**
3. Fiche 2 : L'identification...
4. Fiche 3 : Caractérisation d...
5. Fiche 4 : Analyse des beso...
6. Fiche 5 : Analyse de l'offr...
7. Fiche 6 : Analyse des beso...
8. Fiche 7 : Intégrer les pers...
9. Fiche 8 : Tenir compte des...
10. Fiche 9 : Feuille de route...
11. Fiche 10 : Feuille de rout...
12. Fiche 11 : Un projet médic...

## ↪ 2. Fiche 1 : Démarche projet

### 1. Quels enjeux?

Le Projet médical partagé (PMP) du GHT doit permettre de construire une vision commune de l'offre publique de soins sur le territoire. Comme l'a indiqué le rapport de la mission Hubert Martineau, «le projet médical partagé est le ciment du GHT». Il doit permettre une prise en charge du patient commune et graduée sur le territoire. Il vise à garantir la qualité, l'accessibilité de l'offre, aussi bien d'un point de vue géographique que financier, à la fois dans un besoin de proximité mais aussi de référence et de recours.

La qualité de la prise en charge et l'égalité d'accès aux soins sont les mots clés des GHT; à défaut, tout projet de coopération risque d'être contre-productif aussi bien sur un plan médical, éthique et social que sur un plan économique.

L'élaboration du projet médical partagé du GHT s'appuie sur un constat partagé nécessitant une bonne connaissance des besoins de santé sur le territoire. Pour cela, le projet médical partagé mobilise un diagnostic territorial robuste des besoins et de l'offre, actuels et projetés.

L'évolution démographique et épidémiologique de la population, l'intégration du «virage ambulatoire», la rareté de certaines ressources spécialisées et les évolutions technologiques constituent des opportunités pour accompagner l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical partagé en lui donnant du sens.

Si le projet médical du GHT est élaboré par les équipes des établissements publics de santé du territoire, il ne peut ignorer les autres acteurs qu'ils relèvent de l'hospitalisation privée, du champ médico-social ou de la médecine de ville. La logique de filières serait ainsi la porte d'entrée principale à toute coopération ou mutualisation territoriale en matière de soins.

### 2. Points clés de la méthodologie

Le projet médical va décliner :

- Des activités transversales qui s'exercent sur une majorité de sites publics du territoire, nécessitant un calibrage et éventuellement un rééquilibrage de l'offre en fonction des besoins territoriaux :
  - Ces activités s'appuient sur les déplacements de praticiens hospitaliers et de soignants.
- Des activités complémentaires entre les sites publics du territoire pour atteindre une masse et une

compétence critiques :

- Ces activités s'appuient sur les déplacements de patients au seul nom de la qualité de la prise en charge pour une équipe médicale à compétence adaptée.

Les principaux facteurs clés de succès pour l'élaboration de ce projet sont connus :

- Une feuille de route tenant compte du projet régional de santé PRS, claire et documentée de la part de l'ARS;
- Un portage par les directeurs généraux, les présidents de CME, les présidents de CSIRMT et les présidents des conseils de surveillance;
- Une gouvernance médico-soignante et administrative du projet reconnue par tous les acteurs ;
- Le respect des coopérations existantes qui donnent satisfaction;
- Des communautés hospitalières qui participent à l'évolution du dispositif hospitalier;
- Des élus qui comprennent l'amélioration du service rendu aux patients ;
- Un état des lieux factuel permettant de poser une stratégie commune.

Et les «facteurs clés d'échec» le sont aussi... :

- La tentation du plus gros établissement d'absorber toute l'activité des plus petits ;
- La réduction du projet médical partagé à une simple gestion de la pénurie de compétences médicales ;
- La préservation à tout prix d'un existant ou d'un savoir-faire construit sur des bases historiques ;
- L'illusion d'un projet médical partagé qui reposerait prioritairement sur l'espérance d'une récupération de parts de marché... pour tous !

Comme dans le cas de l'élaboration du projet médical d'un établissement de santé, l'élaboration du projet médical partagé d'un GHT doit s'appuyer sur une démarche projet solide, d'autant plus qu'elle doit mobiliser de multiples acteurs répartis au sein de plusieurs établissements. La préparation, par les directeurs et les présidents des CME de tous les établissements, des modalités de gouvernance et d'animation du projet seront donc essentielles pour la réussite de la démarche.

### 3. Éléments de méthodologie proposés

La démarche proposée ci-après est une démarche classique d'animation de projet, articulée autour de trois niveaux :

- Un niveau stratégique regroupant directeurs et présidents des CME pour initier la démarche, fixer les grands objectifs, arbitrer les choix stratégiques et, in fine, s'accorder sur le projet médical partagé du GHT;
- Un niveau de pilotage, garant du bon déroulement de la démarche dans le calendrier fixé, supervisant les travaux confiés aux différents groupes de travail par filière ou thématique, et proposant les arbitrages et les choix stratégiques au comité stratégique;
- Un niveau opérationnel, par grandes filières ou thématiques, dont l'objectif sera de définir précisément l'organisation à construire pour chaque filière, son calendrier de mise en œuvre et ses indicateurs de suivi et d'évaluation.

Le schéma général de la démarche proposée est le suivant, chaque rectangle renvoyant vers une fiche repère du présent document.

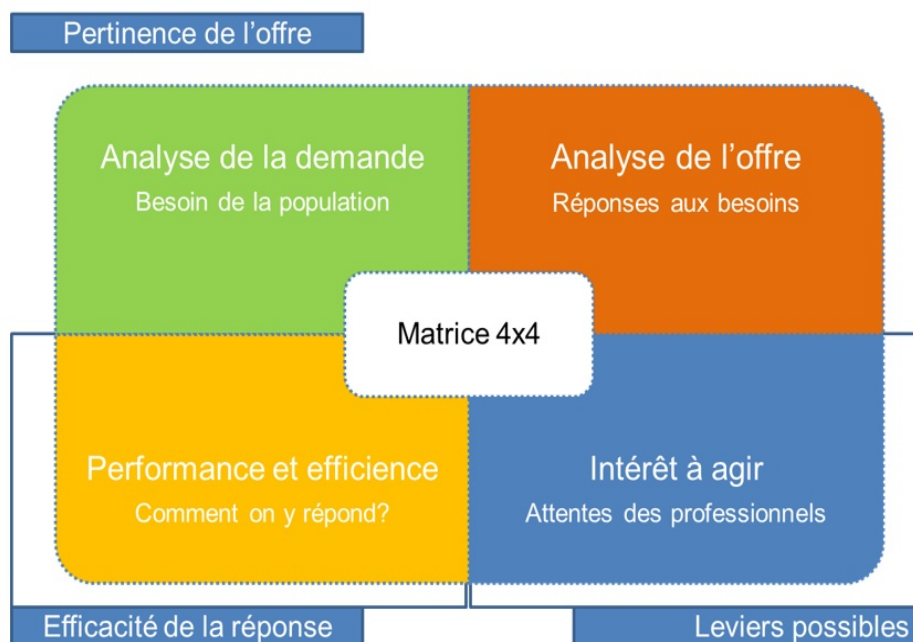


Figure 1- Matrice d'analyse

Après la période de préfiguration du projet qui a permis de définir le territoire géographique sur lequel porte le projet médical partagé initié par la convention constitutive et d'organiser l'animation de la démarche «projet médical» au sein du GHT, la démarche proposée s'articule autour de plusieurs étapes :

- La première étape est une étape de diagnostics, qui va permettre de disposer d'un ensemble d'informations décrivant la situation actuelle du territoire mais également d'éléments prospectifs sur les besoins à venir, afin d'identifier les nécessaires adaptations de l'offre:
  - Ces différents diagnostics doivent porter à la fois sur les besoins de la population et sur l'offre actuelle :
    - Diagnostic de l'état des besoins actuels de santé de la population;
    - Diagnostic de l'état de l'offre de soins sur le territoire;
    - Diagnostic de l'état des besoins de santé de la population à venir.
  - Le croisement de ces diagnostics va être utilement mobilisé, notamment pour l'identification des parcours de soins en prévision des travaux des groupes de travail par filière ou thématiques, et intégrer les perspectives d'évolution de l'offre du GHT;
  - Fiches repère mobilisables :
    - Fiche repère 4 - Analyse des besoins actuels ;
    - Fiche repère 5 - Analyse de l'offre actuelle par filière;
    - Fiche repère 6 - Analyse des besoins à venir;
    - Fiche repère 7 - Intégrer les perspectives d'adaptation de l'offre;
    - Fiche repère 8 - Tenir compte des coopérations existantes.
- La seconde étape s'inscrit au cœur du projet médical partagé. Son succès repose sur les travaux des groupes de travail par filière ou thématique qui, partant des différents diagnostics et perspectives, vont permettre aux équipes de définir la gradation de l'offre sur le territoire et les nouvelles modalités de travail entre les établissements du GHT:
  - Ces travaux doivent intégrer les principes suivants :
    - S'articuler autour des besoins de la population;
    - Être structurés autour du « prendre soin de chaque personne»;
    - S'appuyer sur la volonté d'assurer et de renforcer la collaboration/coopération en filières ;
    - S'inscrire dans une perspective de maillage resserré sur le territoire;
    - Permettre de lutter contre les ruptures dans le parcours de soins ;
    - Viser à limiter les fuites sur le territoire grâce à une organisation de l'ensemble des spécialités permettant de répondre aux besoins de la population.

- Ces travaux reposent sur la dynamique des acteurs, respectant le cœur de métier de chaque établissement, et leur volonté de construire une nouvelle offre publique à l'échelle du territoire;
  - Ils se traduisent dans la rédaction d'une «feuille de route» structurée présentant, pour la filière et/ou la thématique :
    - Le contexte;
    - Les évolutions prévisibles ;
    - Les objectifs de la filière et les ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge;
    - La structuration projetée de la filière et/ou de la thématique;
    - Les conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT;
    - Les modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation.
  - Fiches repère mobilisables :
    - Fiche repère 9 – Feuille de route par filière ou thématique clinique;
    - Fiche repère 10 – Feuille de route par domaine du plateau technique.
- La dernière étape permet de consolider les travaux réalisés dans le cadre de chaque filière ou thématique pour aboutir à la rédaction du projet médical partagé. Le caractère évolutif de ce projet médical est une caractéristique essentielle de la démarche:
    - Fiche repère mobilisable :
      - Fiche repère 11 – Un projet médical partagé forcément évolutif.

#### EN SYNTHÈSE, LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ RESPECTE LES PRINCIPES SUIVANTS :

- Il propose une coopération en filières ;
- Il optimise l'organisation des plateaux techniques et des spécialités ;
- Il concilie proximité, sécurité, qualité, coûts techniques et rareté des compétences.

#### LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ S'ARTICULE AUTOUR DE FILIÈRES AYANT VOCATION À PRENDRE SOIN DU PATIENT EN PROPOSANT UN PARCOURS :

- Le plus simple ;
- Le plus structuré en termes d'accès aux spécialistes et aux plateaux techniques ;
- Le plus communiquant avec les professionnels de santé de la ville ;
- Le plus lisible et compréhensible par tous.

### **3.1 Composition des comités et groupes de travail**

L'élaboration du projet médical partagé ne peut être conduite qu'avec une participation forte des professionnels des établissements du territoire, qu'il s'agisse des équipes de direction, des présidents et vice-présidents de CME, des présidents de CSIRMT et représentants médicaux et soignants des filières de soins.

Pour la définition du bassin de recrutement ou la vérification de la pertinence des analyses et des enjeux issus de l'analyse des besoins et des données tirées des bases nationales, il est nécessaire de travailler en lien étroit avec l'ARS.

Par ailleurs, afin d'entendre directement la voix des patients et non une « idée du patient » exprimée par les soignants, les médecins ou les directeurs, une place doit être donnée aux usagers dans le dispositif, par exemple via la représentation régionale du CISS, les commissions des usagers des établissements, le comité ou la commission des usagers du groupement ou les associations d'usagers. Des questionnements subsistent néanmoins :

- Comment le patient peut-il orienter l'offre ? Peut-il être acteur de l'offre ?
- La voix du patient peut casser les a priori entre les acteurs de l'offre de soins ;
- Les usagers peuvent aider à travailler la gradation de l'offre par filière sur le territoire.

Trois niveaux sont à décliner dans la gouvernance du projet :

- Comité de pilotage ;
- Comité opérationnel ;
- Groupes de travail par filière ou thématique territoriale.

Pour chacun de ces niveaux, une proposition de composition est présentée à titre d'exemple. Bien évidemment, celle-ci est à adapter selon chaque contexte territorial. Elle doit également tenir compte des membres du GHT et des membres associés.

### 3.1.1 Comité de pilotage

- Proposition de composition :
  - Directeurs des établissements ;
  - Présidents des CME ;
  - Présidents des CSIRMT ;
  - Présidents des conseils de surveillance ;
  - Représentants des usagers (CISS régional par exemple) ;
  - Personnalités qualifiées.
  
- Rôle :
  - S'assure de la cohérence de la démarche ;
  - Rend les arbitrages nécessaires au déroulement des actions menées ;
  - Veille au respect des engagements pris et à l'atteinte des résultats attendus.
  
- Fréquence des réunions :
  - À chaque étape clé de la démarche (analyse territoriale, validation des propositions d'organisation des filières).

### 3.1.2 Comité opérationnel

- Proposition de composition :
  - Directeurs ou leurs représentants ;
  - Présidents et vice-présidents de CME ;
  - Présidents des CSIRMT ;
  - Responsables de filières hospitalières publiques.
  
- Rôle :
  - Présélectionne les parcours à fort potentiel pour le projet médical ;
  - Assure le pilotage opérationnel des propositions de coopération ;
  - Propose les arbitrages au comité de pilotage ;
  - S'assure de la bonne avancée de la rédaction du projet médical partagé.
  
- Fréquence des réunions :
  - Réunion mensuelle pour suivre les différents groupes de travail par filière.

Sur certains territoires, comité stratégique et comité de pilotage peuvent être confondus pour alléger la comitologie.

### 3.1.3 Groupes de travail par filière ou thématique

- Proposition de composition :
  - Responsables d'Unités fonctionnelles (UF) ;
  - Responsables services ;
  - Cadres de santé ;

- Représentants de l'HAD ;
  - Représentants des usagers (associations d'usagers par exemple) ;
  - Cette composition peut-être élargie à d'autres structures non membres du GHT (CHU, EPSM non membres, HAD, ESPIC, établissements privés, établissements médico-sociaux, URPS...).
- Rôle :
    - Élabore le travail opérationnel sur la filière.
- Fréquence des réunions :
    - Rapprochée au début de la réflexion sur l'analyse territoriale de la filière et au moment de la définition de son organisation territoriale ;
    - Possibilité d'espacer les réunions lors du suivi de la mise en oeuvre de façon trimestrielle ou dans le cadre des réunions des pôles territoriaux de filière.

### 3.2 Animation de la démarche

L'animation de la démarche est consommatrice de ressources. Les expériences issues des CHT montrent que détacher un « animateur » pendant la période d'élaboration du projet est utile.

Cet animateur peut être, par exemple, un responsable ou un binôme (praticien, directeur adjoint) issu des établissements. Mais cet animateur peut éventuellement être un tiers extérieur au GHT, notamment dans le cas où la démarche peut se révéler complexe du fait de l'historique des coopérations. Dans tous les cas, ce doit être une personnalité indépendante et perçue comme telle, détachée de son établissement d'origine et mise à disposition du GHT pour se charger de l'organisation et de l'animation du dispositif. Au regard du calendrier resserré pour l'élaboration du projet médical, son affectation temporaire à plein temps peut être indispensable. Un partage des coûts de portage du dispositif peut être envisagé par les membres du GHT. La question du devenir à l'issue de la mission confiée doit être traitée au préalable.

#### 3.2.1 Cas particuliers pouvant être envisagés pour certaines filières

Dans certains cas, à la demande ou non de l'ARS, il peut être plus opportun de travailler sur une filière à une échelle régionale plutôt qu'au sein de chaque GHT :

- Notamment pour les filières mobilisant le CHU de recours ;
- Pour limiter la mobilisation de ressources dans de multiples réunions ;
- Parce que certaines filières mobilisent potentiellement moins les établissements de proximité.

Dans ce cas, deux niveaux de groupes de travail peuvent être envisagés pour décliner la filière :

- Au niveau infrarégional, un groupe CHU de recours avec tout ou partie des établissements de référence ;
- Au niveau de chaque GHT, un groupe établissement de référence et établissements de proximité.

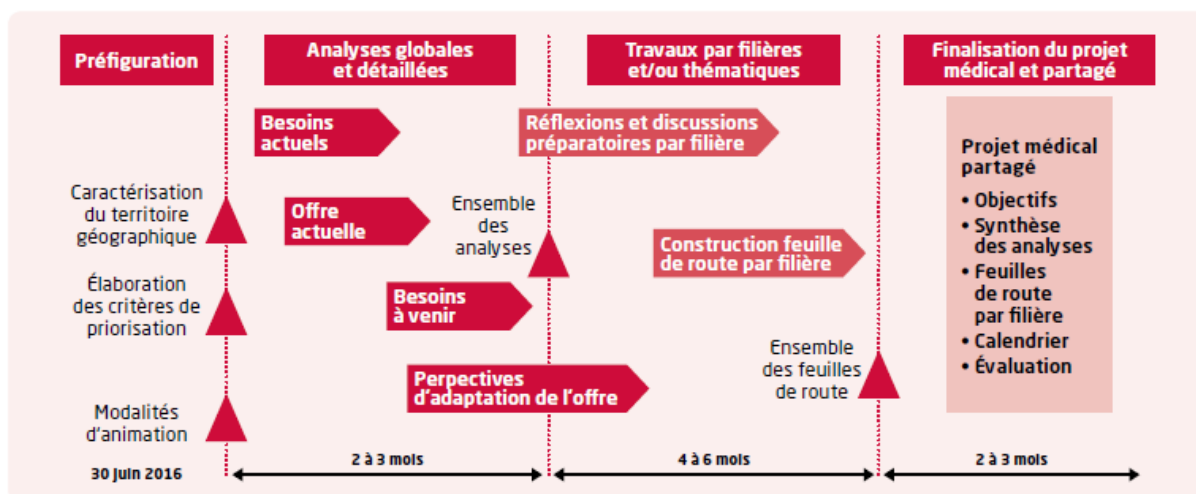
### 3.3 Chronologie

Le schéma ci-après présente les différentes étapes de la construction du projet médical. Les durées mentionnées sont estimatives et sont conditionnées par le niveau de préparation des différentes filières et le niveau de détail auquel pourront aboutir les acteurs.

Pour mettre en oeuvre cette démarche, il est considéré que le GHT a déjà déterminé et mis en place ses modalités d'animation et a, notamment, constitué le groupe qui va piloter l'ensemble des réflexions des différentes filières, en assurer la synthèse et en garantir la cohérence.

- Comité opérationnel de lancement :
  - Validation des filières et/ou thématiques ;
  - Identification des modalités opérationnelles.

- Réunion de lancement par établissement :
  - Présentation des filières et/ou thématiques qui seront traitées ;
  - Présentation des modalités de travail ;
  - Constitution des groupes de travail spécifiques.
  
- Groupes de travail par filière ou thématique :
  - Réunions d'étape à un rythme régulier pour vérifier et valider l'avancement des travaux et les impacts éventuels sur les autres filières.
  
- Finalisation de la rédaction du projet de filière vu comme un « projet de prise en charge territoriale du patient » :
  - Intégrer une étape de priorisation des initiatives présentées (par exemple en passant par une matrice impact/facilité de mise en oeuvre).
  
- Soumission aux instances et approbation :
  - Validation ;
  - Communication à suivre à l'issue de la validation.



### 3.4 Communication

La communication interne et externe dans un projet de coopération, trop souvent négligée en cours de projet, participe directement à sa réussite. Le plan de communication comporte, a minima, deux volets :

- Informer régulièrement les acteurs internes des établissements de l'avancée dans l'élaboration du projet médical partagé :
  - Communiquer pour expliquer les enjeux de la coopération, les risques à ne pas la conduire ;
  - Lorsque la coopération va modifier les conditions de travail pour les personnels des établissements membres de la coopération :
    - Être attentif à informer régulièrement les instances ;
    - Rassurer les personnels des conséquences de la coopération sur leur exercice professionnel, sur les conséquences en matière de conditions de travail, sur l'éventualité des modifications d'employeurs ;
    - Effectuer des interventions lors du bureau de Pôle ;
    - Organiser des réunions d'information avec les organisations syndicales.

- Valoriser le projet médical partagé auprès des professionnels de ville, de la population et des élus grâce à une pédagogie et une communication adaptées :
  - Faire comprendre et accepter la nouvelle organisation de l'offre de soins sur le territoire :
    - Aux différents professionnels de santé ;
    - Aux élus ;
    - À la population.
  - Développer une communication spécifiquement destinée aux professionnels de santé, par exemple :
    - Mise en évidence des modalités permettant de recourir à la coopération ;
    - Diffusion de supports dédiés ;
    - Organisation de réunions d'information des professionnels ;
    - Utilisation de l'ensemble des formes de communication selon les possibilités locales : communication dans la presse régionale, communication dans les revues des collectivités locales, création d'un site internet GHT et mise à jour des sites internet des établissements.

### 3.5 Interactions avec les établissements hors GHT

#### 3.5.1 CHU associé au GHT (cas où le CHU n'est pas établissement partie au GHT)

- A minima, associer le CHU pour toutes les filières où le GHT ne dispose que d'un établissement de référence et non un établissement de recours ;
- La construction du projet médical en lien avec le CHU doit également permettre de développer la recherche clinique et la recherche en soins et d'y associer les établissements du territoire pour constituer des cohortes suffisantes de patients ou pour mutualiser les coûts d'entrée dans la recherche clinique.

#### 3.5.2 EPSM associé au GHT (cas où l'EPSM n'est pas établissement partie au GHT)

- La place de la psychiatrie dans le GHT doit être favorisée notamment dans l'organisation de la réponse aux urgences ou à la prise en charge des addictions ;
- Le travail entre établissements MCO et établissements psychiatriques est également indispensable pour développer la réponse somatique aux soins psychiatriques ;
- Pour les établissements du territoire auxquels a été confiée la gestion d'un secteur, l'association de l'EPSM dans l'élaboration du projet médical du GHT permettra de renforcer la prise en charge médicale et soignante.

#### 3.5.3 Établissements privés partenaires du GHT

- Préalablement à la mise en oeuvre du GHT, différentes coopérations pouvaient déjà exister, notamment pour assurer la complémentarité de certaines activités médicales ;
- Ces coopérations pourront être conservées lorsqu'elles donnent satisfaction pour maintenir une offre nécessaire à la population ;
- Pour certaines spécialités, un travail en commun avec les établissements privés est indispensable : par exemple, pour l'oncologie, l'association du CLCC à la réflexion est indispensable ;
- Dans le cas de répartition d'activités en proximité entre un établissement public et une clinique, notamment pour la chirurgie, un travail spécifique est nécessaire.

#### 3.5.4 HAD associé au GHT

L'Hospitalisation à domicile (HAD) a une place essentielle dans le projet médical partagé. Cette place lui est reconnue par la loi.

- L'HAD, lorsqu'elle est développée, est souvent bien utilisée par les libéraux ; elle peut constituer un lien entre libéraux et membres du GHT ;
- La place de l'HAD dans l'élaboration du projet médical partagé est liée à plusieurs facteurs :
  - Les habitudes de travail avec l'HAD peuvent être très variables selon les spécialités ;
  - L'offre de l'HAD peut être orientée sur certains domaines (soins palliatifs, chimiothérapie, pansements complexes...) ou au contraire plus large ;



- L'« acceptation » d'un plus grand recours à l'HAD par les filières est souvent liée à la pression exercée sur les lits (besoin de faire sortir rapidement des patients pour en accueillir d'autres) ou à l'existence d'un programme PRADO qui a encouragé les équipes à réfléchir sur une évolution de leurs pratiques de prise en charge ;
- La demande des usagers de retours précoces au domicile peut également être un incitatif au développement de l'HAD.

Toutefois, il convient de laisser une place aux usagers et de leur garantir des conditions d'écoute de la part des professionnels hospitaliers.

- Il est préférable d'avoir une réponse de l'HAD qui soit en correspondance avec le territoire étudié plutôt que des HAD distinctes et dont le zonage d'intervention n'est qu'une fraction du territoire (par exemple cas des départements comportant plusieurs HAD ayant une offre distincte alors que le GHT est départemental).

### 3.5.5 Médecine de ville

- La connaissance du projet médical du GHT par les médecins de ville doit être suffisante pour qu'ils puissent orienter leurs patients de façon pertinente.

### 3.5.6 ESMS associé au GHT

- La réflexion pour élaborer le projet médical de GHT ne peut éluder la question de l'adéquation des moyens aux besoins en matière d'offre sociale et médico-sociale et la façon dont les établissements intervenant sur ces champs sont en mesure d'y répondre.

## Ressources associées

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 10 : Feuille de route par domaine du plateau technique

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 4 : Analyse des besoins actuels

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 8 : Tenir compte des coopérations existantes

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 11 : Un projet médical partagé forcément évolutif

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 3 : Caractérisation du territoire

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 7 : Intégrer les perspectives d'adaptation de l'offre

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 1 : Démarche projet

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

### MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS

Fiche 6 : Analyse des besoins à venir

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

**Fiche 2 : L'identification des filières**

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

**Fiche 5 : Analyse de l'offre actuelle par filière**

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

**Introduction**

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

**Fiche 9 : Feuille de route par filière et / ou thématique clinique**

↳ Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS**

Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères

**Glossaire**

ARS

CHT

ESMS

GHT

HAD

UF

**Date de parution : 14/03/2017**