

# L'INFO OÙ IL FAUT, QUAND IL LE FAUT AVEC FO



NUMÉRO 4 SEPTEMBRE 2016



Contactez-nous :

Tél : 43346 Fax : 43116

Accédez en un clic au site FOCHV :



Envoyez-nous un mail ici :



Accédez en un clic à :



## GHT, j'achète ?



### Sommaire

Dossier complet

GHT, j'achète ?

Tout savoir sur le GHT : Tenants et aboutissants avec de nombreux liens pour rendre votre lecture aussi complète que plaisante...

Rien que pour vous le vade-mecum du GHT !!!

Dans ce numéro certes conséquent mais complet et bien loin d'un tract aux formules fourre-tout, réductrices et sans fond ; retrouvez tous les éléments pour comprendre le GHT et pour mesurer à quel point l'hôpital public est désormais entré dans une nouvelle ère. Le GHT est-il bon pour notre système de santé et pour les agents qui y travaillent ? Parler du GHT nécessite un numéro spécial ... le voici rien que pour vous !

Savez-vous que pas moins de 65 % des Français (selon un sondage du 27 juin dernier) ignorent ce que signifie le GHT (**G**roupement **H**ospitalier de **T**erritoire) bien que vous soyez, vous-mêmes, vos proches et donc toute la population concernés individuellement et/ou professionnellement parlant.

Le GHT va modifier l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux publics dans le cadre d'une restructuration jugée comme l'une des plus importantes depuis 1945.



Ce numéro 4 de FO.COM, diffusé dans le même laps de temps que le numéro 3 dans le cadre de la rentrée post vacances estivales, se doit d'aborder **en un numéro complet** le délicat sujet du GHT dont certains comparent la naissance à celle du Big-Bang de notre univers ou à celle d'un tsunami, d'un cataclysme.

A la lecture de ce dossier chacun d'entre vous pourra se rendre compte qu'il n'est pas aussi simple de se déclarer totalement pour ou totalement contre la création des GHT contrairement à certains courants de pensée unique...

Se positionner objectivement pour ou contre le GHT dépend notamment du fait que l'établissement est l'établissement pivot ou non ; du territoire concerné, du nombre d'établissements impliqués et de leur taille respective... mais aussi et c'est peut-être là la clef majeure de la réussite ou non des GHT, des différents acteurs qui auront la charge délicate d'utiliser le « logiciel GHT » de manière partagée, apaisée en évitant de le faire « bugger » mais là c'est une autre histoire...

## Pourquoi le GHT ?

Si on lit l'article 107 de la loi, ce dernier indique que le Groupement a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge du patient commune et graduée dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.



Le GHT serait conçu comme un véritable outil d'une coopération renforcée, fédérative, d'une

complémentarité écartant l'aspect concurrentiel entre les différentes activités des établissements du groupement. Le GHT parle d'une professionnalisation de la prise en charge du patient tout en évitant une rupture de cette prise en charge au niveau du bassin de vie.

En dehors même de permettre aux patients de pouvoir bénéficier légitimement d'une telle prise en charge ; il faut également admettre que le GHT a d'autres objectifs plus ou moins avouables. Ce dernier se veut une aide pour les établissements pour tenter de faire face à certaines difficultés de recrutement pour quelques professions ou de possibles suppressions de postes via la mutualisation, difficultés de financement, de concurrence. L'heure n'est plus au développement mais au regroupement. Rappelons par ailleurs que tout établissement est contraint d'intégrer un GHT qui se pose en héritier de la CHT (Communauté

Hospitalière de Territoire dans le cadre de la loi Bachelot HPST de 2009). Chaque GHT est délimité par un bassin de vie. Au 01 juillet 2016, on compte dans notre pays, 135 GHT regroupant plus de 850 hôpitaux.

La construction de notre propre GHT est loin d'être une sinécure. Difficile de coordonner des hôpitaux de taille différente d'autant plus que certains d'entre eux rencontrent des difficultés de recrutement (personnel médical notamment). Comment faire travailler ensemble les trois maternités par exemple, mais aussi les trois hôpitaux importants que sont ceux de Valenciennes, Maubeuge et Denain avec d'autres plus petits comme celui de Fourmies. Valenciennes ne doit pas faire preuve d'hégémonie de sorte que chaque établissement, même petit, puisse jouer son rôle au sein du GHT.

Notre GHT regroupe donc 12 établissements (voir liste dans le lien plus bas) et le CHV est l'établissement support, pivot. L'établissement dit support dispose de prérogatives propres et d'obligations importantes qui seront détaillées un peu plus en aval dans ce numéro. On peut toutefois préciser que les Directeurs d'Hôpitaux ont des avis partagés sur la question. Si certains avancent un gain d'efficacité, une mutualisation des ressources (financières, humaines ???) une optimisation des compétences ; d'autres redoutent la réduction du lien avec le terrain, la crainte de la création de superstructures ralentissant les décisions et divisant les équipes, la perte d'autonomie des établissements, le principe de fusion-disparition de services voire d'hôpitaux... Il est évident aussi que de très nombreux Directeurs d'hôpitaux vont perdre de leurs prérogatives en ayant le sentiment à tort

ou à raison de devenir des adjoints et non plus des chefs d'établissements. Et on ne parlera pas de l'avis des élus politiques concernés.

Pour donner encore quelques chiffres supplémentaires, notre GHT concerne un bassin de vie de plus de 750000 personnes. Il concerne plus de 11000 agents avec un budget global compris entre 850 millions et le milliard d'euros ! Hors CHU, notre GHT est l'un des plus grands sinon le plus grand de France.



Les GHT seront le socle d'une coopération territoriale entre établissements. Il n'est en effet plus question de se contenter d'avoir un cumul d'activités par le regroupement des établissements mais d'établir, grâce au travail en réseaux, une meilleure coordination sur l'ensemble du bassin de vie concerné. Le plus important est de pouvoir évaluer les besoins en amont par le biais d'un diagnostic. Il doit permettre de faire un état des besoins de santé de la population, d'analyser l'état de l'offre de soins sur le territoire, d'identifier les parcours de soins et les éventuelles redondances et carences de l'offre de soins. La logique est de sortir d'une logique d'établissement pour passer à une logique de groupe. Notre GHT concerne un bassin de vie où les questions de santé publiques sont lourdes avec toutes les

problématiques connues au sein de notre région.

Le secteur privé de la santé est fortement inquiet de la création des GHT craignant notamment une reconquête par le service public de territoires perdus. C'est notamment le cas pour l'imagerie médicale, la chirurgie, l'anesthésie...

En outre, même si elle ne doit pas être exclusive, une collaboration avec le secteur privé peut être envisagée. D'ailleurs certains acteurs du secteur privé n'ont pas attendu pour effectuer leur demande de devenir partenaire au sein du GHT.

Le décret établit deux actes fondateurs du GHT : La convention constitutive de la GHT et le projet médical partagé.

La convention constitutive du GHT (conclue pour 10 ans) régit tout le fonctionnement du groupement et dessine le périmètre d'activité des différentes commissions nouvellement créées.

## Le Projet Médical Partagé

Le projet médical partagé (PMP) a vocation à être la traduction de la stratégie de groupe pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire. Il doit donc être le reflet d'une approche par filière plutôt que par activité. Une fois les filières identifiées, le PMP doit permettre de définir la feuille de route de chaque établissement.

Il établit les orientations de tous les établissements parties du GHT et arrête les

filiales de soins sur la base de neuf points de coopération à savoir :

- Les objectifs médicaux.
- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée.
- Les principes d'organisation d'un ensemble d'activités (permanence et continuité des soins, consultations externes...) au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et le cas échéant, leur réalisation par télémédecine.



- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie.
- Les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU sur l'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, la recherche, la gestion de la démographie médicale et les filières de référence et de recours.
- Le cas échéant, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques (en lien avec le point 4).
- Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes.
- Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Il est rédigé par les équipes médicales des filières concernées pour une durée de 5 ans. Il doit être complété par un projet de soins partagé impliquant les équipes soignantes (01 janvier 2017).

On peut noter que le projet médical partagé au sein du GHT entre tous les établissements concernés est d'une importance capitale de par son périmètre d'action qui est très large.

### Et le projet médical partagé de notre GHT ?



Concernant notre GHT, le projet médical partagé s'appuie sur 14 orientations (page 7 et 8 de la convention constitutive, lien plus bas) dites stratégiques qui concernent :

- La gynécologie obstétrique (harmonisation territoriale de la prise en charge de la mère, de l'enfant et du nouveau-né),
- La chirurgie (pérenniser et développer une offre publique chirurgicale par un maillage du territoire avec le développement de l'ambulatoire et une répartition des activités dans une logique de parcours),
- Les urgences (mise en œuvre d'une organisation territoriale fonctionnelle en filières pour les urgences hospitalières),
- L'imagerie (poursuivre le maillage du

- territoire principalement autour des plateaux techniques, s'appuyer sur la télé-imagerie pour renforcer les filières cliniques),
- L'anesthésie (créer une dynamique de territoire, y compris en ambulatoire, harmonisation des pratiques, développement recherche clinique... ),
- Les soins de suite et de réadaptation (intégration obligatoire des SSR dans les parcours de soins),
- La permanence et la continuité des soins spécialisés (construire le maillage nécessaire),
- La cancérologie (optimiser l'organisation de la prise en charge en réseaux tout en maintenant une prise en charge de proximité),
- La filière gériatrique (prise en charge globale graduée de proximité avec toutefois un recours à un plateau technique),
- La psychiatrie (élaborer un projet médical partagé dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale),
- La biologie (renforcer la position des établissements publics),
- La pharmacie (garantir la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse),
- L'axe qualité (harmonisation des processus et des protocoles de gestion des risques et de la qualité de prise en charge),
- Et enfin l'association du CHRU de Lille dans le cadre de la gradation des soins complexes et des innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Construit selon ses pairs sur un projet médical et non une construction administrative, le projet médical partagé de notre GHT contient certes de nombreux points mais il est rédigé en termes généraux en utilisant des mots ou expressions dont le contenu et les modalités d'application restent à définir. Que met-on derrière par exemple « le maillage du territoire ou la mise en œuvre d'une organisation territoriale fonctionnelle ».

Hormis par exemple le fait que l'établissement support est assuré de garder le plateau technique lourd, « les décrets d'application » de notre GHT seraient les bienvenus...

## Les instances du GHT

Afin de piloter la structure, plusieurs instances sont créées.

- Le collège médical ou la commission médicale du groupement :

Cette instance coordonne la stratégie médicale du groupement et veillera à sa mise en œuvre et son évaluation. Notre GHT souhaite par ailleurs élire un des membres du collège médical au poste de vice-président médical pour accompagner le président de cette instance dans sa tâche.

- Le comité stratégique du groupement :

Il est présidé par le Directeur de l'établissement support. Il propose ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

- Le comité des usagers :

Il est présidé par le Directeur de l'établissement pivot. La convention constitutive prévoit sa constitution et ses compétences.

- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) de groupement :

Elle est composée de droit des présidents des CSIRMT des établissements parties. Le nombre de participants est fixé par la convention constitutive.



- Le comité territorial des élus locaux :

En sont membres de droit les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale du groupement. Ils évaluent et contrôlent les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire couvert par le groupement.

D'autres missions peuvent lui être confiées par le biais de la convention constitutive.

- La conférence territoriale de dialogue social : Elle compte à minima un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement. Le décret stipule que la conférence est simplement informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT. Toutefois, rien n'interdit à la conférence territoriale de dialogue d'émettre des vœux et/ou interpeller le comité stratégique du groupement notamment.

## Les fonctions mutualisées

Le décret définit également les fonctions mutualisées qui se regroupent en trois catégories. Certaines d'entre elles sont exclusivement sous la responsabilité de l'établissement support. D'autres peuvent après délibération l'être également. Enfin, certaines sont organisées en commun entre les établissements parties au groupement.

### Quelles sont les fonctions dévolues à l'établissement support ?

L'établissement support assurera les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un Système d'Information

Hospitalier convergent (SIH). Le SIH est le système d'information destiné à faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives d'un hôpital. On peut notamment évoquer le fait qu'un patient disposera d'un numéro d'identifiant patient unique dans le cadre du GHT, numéro d'identifiant qui le suivra quel que soit l'établissement du GHT où il sera admis (Horizon 2021).

- La gestion d'un Département de l'Information Médicale de territoire (DIM). Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement.



- La fonction « achats » (exception faite des produits pharmaceutiques) regroupant les quatre missions de la chaîne achat : élaboration de la stratégie achat, production opérationnelle des marchés, suivi et mise en œuvre des marchés, gestion des approvisionnements.

- Les plans de formation continue et du Développement Professionnel Continu (DPC) des personnes des établissements parties au groupement.

**De manière facultative, l'établissement support peut assurer d'autres fonctions** pour le compte des établissements parties du groupement.

Dans le cadre des fonctions mutualisées il peut y avoir :

- Des équipes médicales communes et la mise en place de pôles inter-établissements.
- Des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

**Enfin, en commun et au sein d'un pôle inter-établissement,** peuvent être organisées les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ainsi que les activités de biologie médicale et de pharmacie.

#### **Autres fonctions mutualisées :**

Au sein du GHT, il est également prévu la nécessité de structurer la coordination des Instituts et des Ecoles de Formation Paramédicale. Ainsi, bien avant la création du GHT, le CH de Valenciennes et le CH de Maubeuge ont opté pour une direction commune de leur IFMS respectif. Et ce n'est là qu'une première étape de la coordination territoriale pour les IFMS (mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages ... ). On peut désormais parler de l'IFMS du GHT.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes est le seul établissement du GHT à disposer d'un juriste au sein de la cellule juridique qui de fait sera commune pour l'ensemble des établissements du GHT.

Même remarque concernant l'ergonome pour qui le poste existe uniquement sur notre hôpital.

De nombreuses tâches administratives seront mutualisées sur le site Désandrouins et augmenteront de facto le travail des agents administratifs de notre établissement. Notre surveillance des conditions de travail pour la plupart de ces agents sera donc accrue.

Certaines filières, bien avant la création des GHT et pour pouvoir être compétitives et/ou résister aux prestations du privé, identiques mais beaucoup moins chères, ont déjà entamé des mutualisations inter établissements. C'est le cas notamment de la Blanchisserie. Un rapprochement concerne notre hôpital à celui de Cambrai.



Il est également question d'un plateau logistique commun entre le CH de Valenciennes et le CH de Maubeuge. La fonction Achat serait centralisée sur le CH de Maubeuge.

Là aussi, nous veillerons à ce que nos agents ne soient pas impactés par ces mutualisations. Une Direction marketing (analyse des marchés émergents, patientèle...) nécessite par la difficulté de la tâche du temps et de l'argent. La mutualisation semble donc déjà acquise de fait



car beaucoup d'établissements ne pouvaient en avoir une digne de ce nom.

Autre point important des fonctions mutualisées : la certification.

Dans le cadre du GHT, il est désormais question d'une certification conjointe ou certification de territoire. Une seule visite sera donc établie sur l'ensemble des sites des établissements parties au groupement.

Ainsi, si un seul établissement du groupement n'obtient pas sa certification, c'est le groupement en totalité qui ne sera pas certifié.

Enfin pour terminer, l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation à un établissement public de santé est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention GHT.

## Que penser du GHT ?

Beaucoup d'éléments et de situations antérieures connues nous incitent fortement à croire que la création des GHT (à travers la loi de modernisation de notre système de santé) suit une logique purement financière. La création de ces GHT, « la territorialisation de la santé » s'inscrit d'ailleurs dans le cadre du pacte de responsabilité incluant une baisse de 100 milliards des dépenses publiques. Peut-on éviter de garder des services spécialisés dans des établissements avec une faible activité ? Baisse des dépenses publiques qui ne peut trouver sa solution qu'à travers la baisse des effectifs et des suppressions de lits et en mutualisant les

forces des établissements au sein du GHT ???

La réponse peut-elle être positive de manière systématique ? Il est bien difficile de se prononcer de manière unilatérale sur l'ensemble du territoire qui présente une très grande hétérogénéité pour l'ensemble des GHT. On parle de suppressions de lits, de services et de baisse des effectifs à travers la mise en place des GHT (22000 postes et 16000 lits). N'a-t-elle pas été engagée bien avant que la loi impose le GHT si tel est le cas ? Prenons l'exemple de la chirurgie ambulatoire, qui pour beaucoup d'établissements (dont le nôtre) semble être la panacée pour effectuer des économies. Il faut savoir qu'en 2016 les hôpitaux devront effectuer la moitié des actes de chirurgie en ambulatoire et qu'à l'horizon de 2020 ce chiffre devra atteindre 62%. Le but est de réduire au maximum les capacités de chirurgie et de médecine selon un plan qui vise à supprimer près de 16000 lits pour dégager des économies en personnels et en fonctionnement des services.



Le GHT fait également craindre une mobilité forcée du personnel du fait de regroupement d'activités.

Interrogé sur ce point par FO lors des différentes instances, notre Directeur (même s'il ne faut pas prendre pour argent comptant ses propos) affirme que 90% du personnel ne devrait pas être concerné par la mobilité forcée d'un établissement vers un autre (Hors personnel lié aux prélèvements d'organes). Qui fera partie de ces 10% ? La crainte d'une mobilité forcée reste un risque majeur qui comme le mot utilisé l'indique n'est pas une certitude mais peut selon les professions être plus ou moins élevé. Le personnel médical est concerné en premier par cette mobilité. Le ministère réfléchirait par ailleurs à revoir le statut de ces derniers en parlant désormais de Praticien hospitalier de Territoire (PHT et non plus PH) au sein d'une Equipe Médicale de Territoire. Dans les faits et au sein de notre GHT, des exemples concrets peuvent d'ores et déjà être cités :  
Détachement de radiologues sur Saint-Amand pour la partie publique médicale, même équipe d'urgentistes entre le CHV et le CH de Denain qui ne parvenait pas à recruter, le personnel médical de la maternité du CH de Fourmies qui travaille davantage avec celui de la maternité du CH de Maubeuge.



Le personnel IADE participe déjà activement à la

coopération inter établissements notamment avec le CH de Maubeuge et ce bien avant la création du GHT.

Une autre catégorie de personnel pourrait également être concernée. Il s'agit du personnel d'encadrement qui serait appelé à avoir une vision globale de territoire : changement de statut à l'horizon ???

On peut dans les cas présents parler d'une force publique collective au bénéfice de la population. Force publique qui repart également à l'assaut de territoires perdus au détriment du secteur privé. C'est par exemple le cas de l'imagerie médicale. Sur Maubeuge il n'existe pas de pôle d'imagerie médicale publique. Le but du GHT est bien évidemment de reconquérir ce territoire en créant un pôle d'imagerie médicale publique. La biologie, a déjà gagné un territoire pour les examens biologiques comme récemment sur le CH de Denain avec l'ouverture d'un laboratoire public assurant le 24H24 (avec à la clef la création de sept postes) pour effectuer un panel d'analyses dites urgentes. Le partenariat avec le laboratoire du CH de Maubeuge dans le but ici de conforter son positionnement public est également en bonne voie.

L'absence de personnalité morale et de gouvernance décidées pour la création des GHT peut peser sur la réussite ou non desdits GHT. En l'absence de personnalité morale, le GHT n'est, juridiquement parlant, qu'une réunion d'établissements partageant des projets communs (achat, DIM,...).

La personnalité morale permettrait de

construire une structure commune à ses membres au lieu de positionner l'une d'entre elles (l'établissement support en l'occurrence) en acteur agissant pour le compte des autres dans une logique purement centralisatrice.

De plus, la personnalité morale assurerait une cohésion des établissements concernés, favoriserait le sentiment d'appartenance et renforcerait l'engagement des équipes notamment médicales qui sont plus volontaires à s'engager dans une logique territoriale au service d'une même structure que pour le compte d'un autre établissement. Le modèle unique d'application du GHT risque de trouver ses limites face à des réalités de terrain plurielles.

Au sujet de la Gestion des Ressources Humaines, on peut se questionner sur les évolutions possibles de cette gestion RH au sein du GHT : Harmonisation des pratiques, professionnalisation des équipes, amélioration de l'organisation des activités, rationalisation des coûts... sans parler du volet médical à travers la constitution d'équipes médicales de territoire et les nombreuses questions afférentes (recrutement, modalités d'intéressement...).

Le GHT n'est-il pas l'élément déclencheur de la fusion des hôpitaux qui serait la prochaine étape ?

La question se pose naturellement : mutualisation, groupement d'établissements, obligation d'économies drastiques... tous les signes de la fusion sont présents.

La nécessité d'effectuer des économies budgétaires ne doit en aucun cas trouver son écho dans une offre de santé de qualité déclinante et à plusieurs vitesses (réduction des effectifs, fermeture de services, suppression de lits...) alors que le GHT, dans ses textes assure l'inverse !!!



Certains GHT comme celui de Lens va perdre beaucoup de lits, ce qui ne semble pas pour l'instant le cas pour le GHT concernant le Centre Hospitalier de Valenciennes qui pèse médicalement fort face au mastodonte du CHRU de Lille. Il devance même le GHT du CHU d'Amiens en terme d'activités médicales et ce dans la nouvelle région des Hauts de France ajoutant désormais la Picardie au couple historique du Nord et du Pas de Calais. Notons également que le CHV a reçu de l'ARS il y a quelques mois une mission d'accompagnement du CH de Fourmies devant faire face à de grosses difficultés financières. Cette mission s'est faite dans la perspective du GHT qui à l'époque n'était pas encore acté et l'avenir du CH de Fourmies était loin d'être assuré...

Quelques points concernant le personnel paramédical. Beaucoup d'agents des « petits hôpitaux » du GHT ne bénéficient pas ou peu de promotion professionnelle, peu ou pas de formation professionnelle également. En intégrant le GHT, il leur sera désormais possible de profiter des dites promotion et/ou formation. Même si nous pouvons espérer que nos proches ou nous-mêmes puissions bénéficier d'une offre de soins de qualité au sein du GHT, la contrepartie par la mutualisation de certains points développés en amont peut soulever de nombreuses interrogations.

Oui, nous avons des craintes légitimes car les professionnels de terrain ne sont pas celles et ceux qui participent étroitement avec les décideurs à la mise en place du GHT. Oui comme nous l'indiquons en première page nous sommes dépendants de la bonne entente et de la bonne volonté des acteurs responsables du fonctionnement du GHT à travers « le bon usage de son logiciel ». La convention territoriale de dialogue social, qui même si son avis ne reste que consultatif, reste un endroit où FO, en sa qualité de représentant du personnel, pourra s'exprimer librement et faire remonter les différentes problématiques dont elle aura connaissance. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons demandé et obtenu du Directeur du CHV une représentativité plus importante des organisations syndicales. Entre les positions nationales politiques ou autres et la réalité de terrain où nous sommes

confrontés, il n'est pas si simple de se positionner aussi catégoriquement sur un sujet aussi important que le GHT. En effet, peuvent cohabiter des aspects tout autant positifs que négatifs. Au plan national et malgré les positionnements des bureaux syndicaux nationaux, les votes - même si ces derniers reflètent dans la grande majorité le positionnement des centrales syndicales - peuvent être localement divergents. Pour une même composante, sans préciser laquelle et ce n'est pas là le plus important, le vote sur la convention constitutive du GHT peut être tout autant favorable que défavorable !

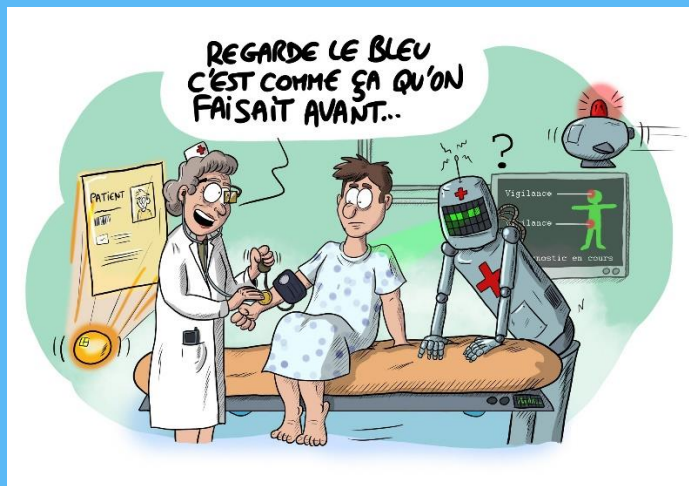


Au sein même de notre établissement et contrairement à ce qui a pu être rapporté ici ou là, les votes sur le GHT n'ont pas forcément été homogènes. Nous aborderons ici uniquement le vote sur la convention constitutive du GHT au sein du conseil de surveillance où les deux premières composantes du CHV dont FO fait partie se sont toutes les deux abstenues... Comme nous l'évoquons au début de ce numéro, les arguments qui permettent de se positionner localement sont différents d'un établissement à un autre même s'il existe bien évidemment un socle commun de craintes sur la

mise en place du GHT. Sur de nombreux sujets, la défense des agents de notre établissement qui est notre devoir se heurte indubitablement aux intérêts d'agents d'autres entreprises qui peuvent être défendus par le même syndicat ! Elle est là la réalité des faits.

### Alors, le GHT, j'achète ou pas ??

Vous êtes, pour celles et ceux qui pouvaient le penser initialement, probablement beaucoup moins catégorique maintenant à la lecture de ce numéro totalement créé par nos soins sur la création des GHT. Numéro qui vous prouve si besoin, que notre réflexion sur le sujet est, par la quantité importante des éléments apportés, la plus objective possible. Vous pouvez de fait constater que l'hôpital public est bien entré dans une nouvelle ère...



FO restera très vigilante sur le fonctionnement même du GHT et sur les craintes que nous avons de maintes et maintes fois soulevées au cours de ce numéro et des instances du CTE et du conseil de surveillance.

Des avancées réelles déjà tangibles sur le terrain

(CH Denain, CH Fourmies...) côtoient de réelles craintes de fusion d'hôpitaux, de mobilité de certaines catégories professionnelles...

Voilà les raisons pour lesquelles FO s'est abstenue sur la constitution du GHT du Hainaut-Cambrésis lors des différentes instances (CTE, Conseil de surveillance).

L'avenir nécessitera une attention de chaque instant de vos représentants FO au fur et à mesure de l'installation du GHT et vous pouvez compter sur nous pour préserver et défendre vos droits.

N'hésitez surtout pas à nous contacter si vous constatez que ces derniers sont en danger : Ils sont où les représentants FO ? Ils sont où ? Ils sont là...

### Calendrier du GHT :

Au 01 juillet 2016 (déjà effectué) :

Proposition de Convention Constitutive du GHT signée et projet médical partagé devant définir les projets médicaux du GHT.

Au 01 janvier 2017 :

Le projet médical partagé devra prévoir l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; le plan d'action des achats devra être élaboré, l'établissement support devra intégrer dans son ERPD (Etat prévisionnel des Recettes et Dépenses) les opérations concernant les fonctions et activités mutualisées.

Au 01 juillet 2017 :

Le projet médical partagé devra être conforme à l'ensemble des neuf champs de coopération

prévus par le décret ; le projet de soins partagé sera lui aussi finalisé.

Au 01 janvier 2018 :

Le schéma directeur du système d'information du GHT sera élaboré.

Au 01 janvier 2020 :

Le compte qualité unique sera créé en vue de la certification conjointe.

Au 01 janvier 2021 :

Le Système Information Hospitalier devra converger et comprendre des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Il y aura création d'un identifiant unique pour les patients.

## Pour aller plus loin :

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Article 107 de la loi du 26 janvier 2016 relatif à la modernisation de notre système de santé.

Interview de Philippe JAHAN, Directeur du Centre Hospitalier de Valenciennes, lors des rencontres régionales de la santé numérique.

Liste des 14 GHT de la région des Hauts- de- France.

GHT : Dossier documentaire EHESP.

GHT : Dossier Gestions Hospitalières.

GHT : Ministère des affaires sociales et de la santé.

Charte GHT du Hainaut-Cambrésis.

Projet convention constitutive GHT du Hainaut-Cambrésis.

Déclaration FO en CTE sur le GHT.



Une question, un sujet que vous souhaiteriez découvrir dans le prochain FO.COM, je clique et j'envoie mon vœu par mail :

