



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **octobre 2020**

La fonction finances au sein des GHT : l'intégration est-elle possible ?

Mickaël VANHERSECKE

Remerciements

Je souhaite, en premier lieu, remercier Didier RENAUT, Directeur Général du Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL), pour avoir ouvert, pour la première fois dans l'histoire de l'établissement, un stage aux EDH. Intégrer une structure dynamique et ouverte sur son territoire comme l'est le CHAL ne peut être qu'une expérience enrichissante pour un élève directeur. Sans aucun doute, la forte dimension territoriale impulsée au CHAL et au sein du GHT Léman Mont Blanc m'a amené à m'interroger sur l'intégration de la fonction finances.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à Vincent PEGEOT, Directeur des finances et maître de stage, pour son accueil et son accompagnement tout au long de ces 8 mois. Au-delà des missions confiées et de son appui dans la réalisation de ce mémoire, je me souviendrai de nos précieux échanges sur le dialogue de gestion à l'hôpital et l'évolution du métier de Directeur des finances. J'espère devenir, un jour, ce directeur aussi brillant, reconnu et humain que toi.

J'ai également une pensée particulière pour toute l'équipe de direction du CHAL qui m'a accompagné avec bienveillance et écoute.

La réaction de ce mémoire n'aurait pas été possible sans les échanges et les retours aux questionnaires de multiples acteurs du système de santé. Malgré la crise sanitaire, nombreux d'entre eux ont répondu à mes sollicitations me permettant ainsi de construire ma réflexion. Merci infiniment pour votre disponibilité et pour la pertinence de vos remarques.

Plus personnellement, j'ai une pensée affectueuse pour mon épouse et mes enfants. Alice, Robin et Anouk, ce projet professionnel est également une aventure familiale. Merci pour votre soutien indéfectible !

Sommaire

Introduction	1
1 Une volonté initiale d'accompagner l'intégration des GHT par une fonction finances convergente	3
1.1 Le GHT, une stratégie de groupe accompagnée par la fonction finances.....	3
1.1.1 <i>Le GHT, l'impulsion de nouvelles coopérations sur le territoire</i>	3
1.1.2 <i>La fonction finances, un champ propre aux établissements représentant néanmoins un levier pour soutenir les coopérations</i>	5
1.2 Le cadre budgétaire et financier des GHT, un premier pas vers la convergence ?.....	6
1.2.1 <i>La supervision financière par l'ARS et le comité stratégique : une simple formalité ?</i>	6
1.2.2 <i>Le budget annexe « G » : un outil plus qu'un dispositif de convergence budgétaire</i>	7
1.2.3 <i>Les investissements communs du GHT : une gouvernance territoriale délicate</i>	9
1.2.4 <i>La solidarité de trésorerie : une volonté initiale reportée, un socle juridique tardif</i>	11
1.2.5 <i>Le DIM de territoire : une pièce maîtresse du GHT au déploiement complexe</i>	12
2 Une timide convergence des politiques financières confrontées à des écueils multiples	14
2.1 Complexité des outils, perte d'autonomie, situation financière dégradée, autant de difficultés limitant l'intégration de la fonction finances au sein des GHT	15
2.1.1 <i>Des budgets annexes « G » sous-utilisés par rapport aux flux financiers territoriaux</i>	15
2.1.2 <i>Une politique commune d'investissements limitée par des fragilités financières</i>	19
2.1.3 <i>Un DIM de territoire en attente d'une montée en charge</i>	20
2.1.4 <i>Un système d'information de la fonction finances non convergent</i>	21
2.1.5 <i>Des mutualisations relatives à la politique financière assez modérées</i>	22
2.2 La direction commune : un accélérateur de l'intégration de la fonction finances.....	24
2.2.1 <i>Une corrélation entre les rares DAF de territoire et les directions communes</i>	24
2.2.2 <i>L'exemple de deux GHT bien engagés sur la voie de l'intégration : le GHT de l'Artois et le GHT 85 - Vendée</i>	25
2.3 Le Groupement de Coopération Sanitaire comme « bras financier » du GHT : l'exemple du GCS du GHT Léman Mont Blanc	29
3 Des pistes possibles pour maximiser le potentiel intégratif de la fonction finances	32
3.1 Une plus grande robustesse des dispositifs budgétaires et financiers actuels.....	32
3.1.1 <i>Le comité stratégique : un rôle à renforcer</i>	32
3.1.2 <i>Le budget G : une utilisation à faciliter</i>	33
3.2 Une accélération dans la convergence des systèmes d'information	34
3.3 La nécessité d'accompagner l'évolution du métier de directeur des finances	35
3.4 La direction des finances de territoire : proposition d'un modèle d'intégration à plusieurs niveaux	35
3.5 Des GHT « au milieu du gué » : vers une délicate évolution des groupements ?	40
Conclusion	43
Bibliographie	44
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS - Agence Régionale de Santé
CAF : Capacité d'AutoFinancement
CNOCP : Conseil de Normalisation des Comptes Publics
COSTRAT : Comité STRATégique
CREA : Compte de Résultat Analytique
CSP : Code de la Santé Publique
CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal
CRPA : Compte de Résultat Prévisionnel Annexe
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DPI : Dossier Patient Informatisé
EPST : Etablissement Public de santé de Territoire
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FICOM : Fichier COMMun de structure
GAP : Gestion Administrative du Patient
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
HOPEN : HOPital numérique ouvert sur son ENVironnement
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
SDSI : Schéma Directeur du Système d'Information
SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SIGREC : Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques
SIH : Système d'Information Hospitalier
T2A : Tarification A l'Activité
LMB : Léman Mont Blanc
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

Introduction

La loi de modernisation de notre système de santé de Janvier 2016 avait pour ambition, par l'intermédiaire des Groupements Hospitaliers de Territoire, d'encourager la mise en œuvre de stratégies médico-soignantes partagées entre les établissements publics de santé d'un même territoire. Afin d'accompagner cette stratégie de groupe, certaines fonctions supports devaient obligatoirement être mutualisées au sein du groupement comme les achats ou le système d'information.

Si ces convergences impactent de fait la gestion budgétaire des établissements, la réglementation n'en fait pas, pour autant, une fonction intégrée ; Les finances demeurant dans le champ propre des établissements. Or, au regard des nombreux flux financiers entre les membres du GHT (partages d'activité) ou des besoins de professionnalisation sur certains volets de la direction des finances, il pourrait être envisagé, à terme, une convergence de certains aspects de la politique financière voire une centralisation du pilotage. Comme le souligne Gérard DE DARAN dans un article de Finances Hospitalières datant de Mars 2017, « la direction des finances de l'établissement support deviendra [...] une direction financière territoriale pour construire une trajectoire financière pluriannuelle GHT »¹.

In fine, les dispositions de la loi de 2016 relatives à l'organisation budgétaire et financière des GHT se sont révélées plus modestes que prévues. Quatre mesures semblent néanmoins encourager un début de convergence financière entre les établissements :

- l'examen conjoint par le COmité STRATégique (COSTRAT) des documents budgétaires produits par les établissements du groupement, dont les conclusions sont transmises annuellement à l'ARS
- la mise en place d'un budget commun désigné « budget G » et annexé à l'établissement support du GHT (CRPA G)
- la possibilité de réaliser des investissements communs
- l'introduction d'une fonction Département de l'information Médicale (DIM) de territoire partagée au niveau du GHT

Bien que structurant, ce cadre ne semble pas avoir fait l'objet d'une appropriation par les GHT limitant ainsi le potentiel d'intégration de la fonction finances. En témoigne un récent

¹ DE DARAN G., « Directeur des finances : un métier en mutation », Finances Hospitalières, n°111, Mars 2017.

bilan de la mise en œuvre des GHT réalisé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)². Les rapporteurs ont effectivement relevé une faible intégration de la fonction finances. Ils évoquent des inscriptions budgétaires dans le CRPA G très en deçà des moyens réellement consacrés aux mutualisations et des volumes encore peu significatifs. Quant à la fonction de DIM de territoire, elle reste en attente de montée en charge. Par ailleurs, le portage d'investissements au niveau du GHT semble très limité.

Conscient qu'une plus grande intégration au sein des GHT passe par la voie d'une mutualisation des trésoreries et d'une politique territoriale d'investissements, le législateur a apporté de nouvelles dispositions dans le cadre de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ainsi, les établissements publics de santé d'un même GHT, peuvent opter pour la mutualisation de leur trésorerie, la présentation consolidée d'un programme d'investissement et d'un Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) uniques sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS. Ces nouvelles dispositions apportent cohérence dans le dispositif et obligent les établissements à s'inscrire dans une politique commune. Elle nécessite, indéniablement un changement de positionnement de l'ARS dans la validation des projets d'investissements en passant d'une vision d'établissement à une approche territoriale, celle-ci étant facilitée par l'élaboration d'un PGFP unique.

Si ces nouvelles mesures sont louables, il n'en demeure pas moins qu'elles ne seront appliquées que par les GHT les plus avancés dans le modèle intégratif, celles-ci étant envisagées uniquement sous l'angle du volontariat. Dès lors, dans ce contexte, il m'a semblé intéressant de réfléchir, dans le cadre de ce mémoire, à la faisabilité de l'intégration d'une fonction finances au sein du GHT. En effet, peut-on, dans le modèle de gouvernance actuel des GHT, imaginer une fonction finances de territoire ? Et si oui, comment construire cette convergence ?

Il s'agira donc, dans un premier temps, de présenter l'organisation budgétaire et financière actuelle des GHT (I). A l'aide d'une étude par questionnaire et d'entretiens téléphoniques, la portée de ces dispositifs dans différents territoires sera étudiée (II). Cette partie permettra d'apprécier les écueils et les leviers à la convergence des politiques financières. Au regard de ce constat et des organisations étudiées, des préconisations seront formulées afin de développer une fonction finances partagée au sein des GHT (III).

² IGAS, « *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », par C DAGORN, D GIORGI, A MEUNIER, décembre 2019.

1 Une volonté initiale d'accompagner l'intégration des GHT par une fonction finances convergente

La mise en place des GHT en 2016 a impulsé une nouvelle dynamique de coopérations entre établissements publics d'un même territoire. Mis en œuvre dans le cadre de Loi de Modernisation de Notre Système de Santé (LMSS) de janvier 2016³, ces groupements ont pour objectif de déployer une stratégie de groupe à partir d'un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) élaboré conjointement. Pour accompagner ces transformations de l'offre publique de soins, la fonction finances représente un levier important. Pourtant, le législateur, en raison du respect de l'autonomie financière des établissements du GHT, n'a pas prévu d'en faire une fonction mutualisée obligatoire. Si la loi de 2016 représentait l'an I des GHT, la seconde version des groupements, définie dans le cadre de la loi « Ma santé 2022 »⁴, se veut plus intégrative. Néanmoins, les dispositifs budgétaires et financiers prévus réglementairement ne représentent, à ce stade, qu'un début de convergence assez modeste.

1.1 Le GHT, une stratégie de groupe accompagnée par la fonction finances

1.1.1 Le GHT, l'impulsion de nouvelles coopérations sur le territoire

Introduits par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application d'avril⁵, les GHT ont représenté une nouvelle modalité de coopération dédiée aux établissements publics de santé, succédant aux CHT définies par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). Leur objectif était double :

- Déployer dans les établissements « **une stratégie de prise en charge** » commune et graduée du patient. En effet, si l'acte constitutif d'un GHT est la convention de groupement, la démarche se fonde d'abord sur un projet médico-soignant partagé. Ce dernier repose sur la complémentarité des projets médicaux des établissements partenaires. Il tend à favoriser un travail sur des filières identifiées (cancérologie, cardiologie, insuffisance respiratoire par exemple). Il

³ Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé.

⁴ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁵ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

permet une structuration des parcours de soins autour de ces filières et assure, dans ce cadre, la mise en place d'équipes médicales communes.

- Assurer « **la rationalisation des modes de gestion** » par une mise en commun de fonctions. La délégation des fonctions mutualisées (achats, système d'information, DIM, coordination des écoles) au profit de l'établissement support du GHT doit permettre des économies d'échelle et des gains d'efficience.

En outre, l'objectif initial de cette réforme était de développer une stratégie de groupe territoriale afin d'apporter une réponse graduée et cohérente à la population tout en optimisant les moyens des établissements eu égard aux contraintes financières de plus en plus fortes. Si l'an I des GHT représentait une phase d'amorçage, **la seconde version, telle que définie dans la loi « ma santé 2022 », s'oriente vers un niveau de maturité supérieur.** En effet, le déploiement des instances et leur adaptation ont été engagés dans la totalité des GHT : comité stratégique, comité territorial des élus locaux, collèges ou commissions médicaux/ales,...Les fonctions mutualisées obligatoires ont également permis l'ouverture de nouveaux projets et des modifications d'organisation majeures. A présent, différents enjeux peuvent conduire dans les prochaines années à renforcer l'intégration de certaines fonctions. C'est notamment le cas lorsque les missions nécessitent un périmètre plus large que celui du seul établissement, l'approche en GHT fournissant des leviers incomparables. C'est également le cas lorsque certaines fonctions et activités nécessitent d'être professionnalisées. Pour se faire, dans le cadre de la loi de juillet 2019, il est proposé aux GHT d'évoluer vers un modèle plus intégratif en :

- créant dans chaque groupement une « commission médicale de groupement » pour accompagner le déploiement du projet médical partagé,
- mutualisant la gestion des ressources humaines médicales,
- proposant un « droit d'option » pour les établissements souhaitant fusionner leurs instances,
- simplifiant la procédure de fusion des établissements au sein des GHT.

Bien que transversale, le législateur n'a, pour autant, pas fait de la fonction finances une fonction à mutualiser obligatoirement. Or, elle semble, à plusieurs égards, un levier intéressant pour développer les convergences entre les établissements publics de santé.

1.1.2 La fonction finances, un champ propre aux établissements représentant néanmoins un levier pour soutenir les coopérations

Comme nous le venons de voir, la mise en place d'une stratégie de groupe induit des recompositions majeures de l'offre de soins sur un territoire. Ces transformations induisent inévitablement des impacts financiers et budgétaires pour les établissements du GHT. Pour autant, la fonction finances n'a pas été définie comme une fonction support réglementaire. En raison du respect du principe d'autonomie des établissements, elle est restée dans leur « champ régalien ». Celle-ci reste toutefois un levier territorial à investir dans le sens où la mise en place de modalités communes de gestion financière permet de concevoir et de déployer cette stratégie de groupe. Plusieurs exemples peuvent illustrer ce propos :

Tout d'abord, **la stratégie de groupe est incarnée dans les EPRD et PGFP** des établissements. En effet, la prévision des hausses et des baisses de recettes peut être une traduction de cette politique territoriale. A titre d'exemple, les augmentations de recettes dans l'EPRD d'un établissement partie peuvent indiquer un positionnement, une stratégie de renforcement sur un segment d'activité particulier au regard des orientations inscrites au PMSP. De même, une diminution d'activité dans un centre hospitalier peut correspondre à un renforcement d'une spécialité sur une autre structure du GHT.

De même, **les Plans Pluriannuels d'Investissement (PPI) des établissements peuvent traduire une stratégie de poursuite ou de renfort d'une activité médicale, médico-technique ou logistique.** Par exemple, l'acquisition d'un robot chirurgical au sein de l'établissement support et à disposition des praticiens du GHT impactera inévitablement l'activité chirurgicale des différents établissements. Au niveau des ARS, l'évaluation de projets d'investissements d'un établissement s'appuie d'ailleurs sur une intégration de ce projet dans le cadre du GHT et donc du PMSP. L'impact budgétaire et financier se base sur une vision consolidée au niveau GHT et pas seulement (voire plus du tout) sur une analyse spécifique à chaque centre hospitalier. Par ailleurs, le COPERMO Performance commence à être mobilisé sur des dossiers GHT et non plus établissement⁶.

Enfin, **la solidarité entre établissements induite par la stratégie de groupe nécessite une solidarité financière afin de s'affranchir des situations concurrentielles produites par la T2A.** En effet, le mode de financement actuel incite les établissements de santé à maintenir des activités, parfois redondantes, étant donné que leur « santé

⁶ NORDMANN J-P, « La gouvernance des GHT en 2019 », Gestion Hospitalière, n°581, décembre 2018.

financière » dépend directement de ces mêmes activités. Comme le précisait Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU dans leur rapport intermédiaire⁷ « Pour penser collectif et non individuel, les établissements doivent donc être solidaires. La mise en place de mécanismes de solidarité financière entre les établissements de santé d'un même GHT est l'une des conditions sine qua non de réussite pour l'élaboration d'une véritable stratégie de prise en charge partagée. »

En somme, la stratégie de groupe doit s'appuyer sur une vision territoriale consolidée et fondée sur une unicité de pilotage financier et budgétaire. Nous verrons, dans la suite de ce mémoire, les outils apportés par le législateur afin de converger vers cet objectif. Pour autant, comme le souligne Jean-Claude DELNATTE, le cadre normatif bâti reste encore « perfectible »⁸.

1.2 Le cadre budgétaire et financier des GHT, un premier pas vers la convergence ?

1.2.1 La supervision financière par l'ARS et le comité stratégique : une simple formalité ?

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016⁹ complète l'article L6143-4 du Code de la Santé Publique en prévoyant que le directeur général de l'ARS, dans le cadre de la procédure d'approbation des EPRD et des PGFP de chacun des établissements parties à un GHT, doit prendre en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement. Le décret du 27 avril 2016¹⁰ renforce cette disposition en instaurant un avis du COSTRAT sur les EPRD et PGFP des établissements du groupement. L'enjeu du COSTRAT, instance de pilotage du GHT, est d'apprécier la coordination des stratégies budgétaires au regard des convergences mises en œuvre ou envisagées. Il est notamment prévu que les établissements transmettent leur EPRD et leur PGFP au COSTRAT au plus tard 15 jours avant le 1^{er} janvier de l'année à laquelle se rapportent ces documents. Dans les 8 jours après le 1^{er} janvier, le COSTRAT transmet son avis au directeur général de l'ARS.

⁷ HUBERT J. et MARTINEAU F., *Rapport intermédiaire de mission Groupements Hospitaliers de Territoires*, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Mai 2015.

⁸ DELNATTE J-C., « *le régime budgétaire et comptable applicable au groupement hospitalier de territoire : un cadre encore perfectible* », Finances hospitalières, n°113, Mai 2017.

⁹ Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁰ Décret 2016-524 du 27 Avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Comme le précise Jean Claude DELNATTE¹¹, l'avis du COSTRAT relativement tardif peut représenter une simple formalité. Les délais incombant au COSTRAT pour bâtir son appréciation sont, en effet, assez contraints et ne permettent pas de produire une analyse budgétaire étoffée. En ce sens, l'intervention du comité stratégique peut se limiter à une constatation des orientations budgétaires et financières des différents établissements. Son rôle de pilotage pourrait ainsi être remis en cause par les établissements parties, ceux-ci pouvant le vivre comme « une forme d'ingérence »¹².

Enfin, la façon dont les ARS doivent évaluer les documents budgétaires n'est que très peu précisée dans la circulaire du 4 mars 2016¹³ et le Vade-mecum de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)¹⁴. Tout au plus est-il précisé que « l'enjeu est, pour le directeur général de l'ARS, de pouvoir apprécier l'impact budgétaire de la structuration au sein d'un GHT des activités de soins autant que des activités mutualisées sur la base, notamment, du projet médical partagé ». Cet examen des EPRD permet de mesurer, notamment, l'efficacité économique de la stratégie de groupe mise en place à travers le GHT.

1.2.2 Le budget annexe « G » : un outil plus qu'un dispositif de convergence budgétaire

Dans leur rapport final de mission sur les GHT¹⁵, Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU préconisent la création d'un nouveau budget annexe. Ce dernier a pour objectif de comptabiliser les opérations d'exploitation gérées par le groupement. Créé par l'article 4 du décret du 27 avril 2016, ce nouveau compte de résultat annexe est identifié par la lettre mnémotechnique « G »¹⁶. Il retrace les charges d'exploitation correspondantes aux fonctions mutualisées¹⁷. De façon synthétique, il s'agit :

- des fonctions assurées de plein droit par l'établissement support (achats, DIM, coordination des écoles,...),

¹¹ DELNATTE J-C, « *le régime budgétaire et comptable applicable au groupement hospitalier de territoire : un cadre encore perfectible* », Finances hospitalières, n°113, Mai 2017.

¹² DURAND C, « Développer un tableau de bord de pilotage stratégique et financier des GHT : présentation de la démarche en Région Pays de la Loire », Septembre 2017, Filière DH.

¹³ Instruction ministérielle DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

¹⁴ Direction Générale de l'Offre de Soins, Vade-mecum GHT : 15 points clés, Guide GHT mode d'emploi – 26 Mai 2016.

¹⁵ HUBERT J. et MARTINEAU F., Rapport final de mission Groupement Hospitalier de Territoires, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, février 2016.

¹⁶ Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3.

¹⁷ Activités mentionnées au I, II et III de l'article L6132-3 du CSP.

- des activités pouvant être gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties (pôles inter-établissements, activités administratives, ...),
- des activités organisées en commun (imagerie, biologie,...).

Ce budget annexe est obligatoirement présenté à l'équilibre, les charges d'exploitation étant compensées par les produits résultant des contributions des établissements du groupement. En ce sens, l'arrêté du 23 novembre 2016 a modifié l'instruction M21 en créant deux nouveaux comptes : un compte de charges dans les CRPP de chaque établissement partie¹⁸ ayant vocation à inscrire les contributions de chaque établissement et un compte de produits dans le CRPP de l'établissement support destiné à recevoir ces contributions¹⁹.

Le décret du 27 avril 2016 précise que la contribution annuelle est calculée selon une clé de répartition fixée réglementairement, afin d'éviter de trop longues discussions entre les établissements consommateurs et les établissements fournisseurs de prestations. Alors que le rapport HUBERT – MARTINEAU prévoyait une clé basée sur quatre indicateurs, celle définie par arrêté²⁰ est assise sur un seul : les charges d'exploitation des établissements du GHT à l'exception des charges exceptionnelles et financières.

Initialement, cette clé était uniforme pour l'ensemble des dépenses de fonctionnement inscrites au CRPA G. L'arrêté du 6 novembre 2017 a modifié substantiellement la méthodologie relative au calcul de la contribution. Ainsi, la clé initiale est uniquement utilisée pour les fonctions assurées de plein droit par l'établissement support²¹. En revanche, pour les fonctions et activités gérées par le support de GHT pour le compte des autres établissements et celles étant organisées en commun²², cette clé est déterminée librement par le comité stratégique. Une distinction par fonction voire par activité peut être établie. En outre, cet arrêté prévoit des modalités dérogatoires lorsque les établissements médico-sociaux membres d'un GHT ne bénéficient pas du DIM mutualisé. Le COSTRAT peut alors décider d'exclure les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) dans le calcul de la contribution pour cette charge.

Chaque établissement doit adresser à l'établissement support le montant du total de ses charges ainsi calculées, au plus tard le 30 octobre de l'exercice précédant celui concerné par la répartition des charges. Ces données sont issues du compte financier du dernier exercice clos.

¹⁸ Compte N°653 – Contributions aux groupements hospitaliers de territoire.

¹⁹ Compte N°755 – Produits versés par les établissements membres du GHT.

²⁰ Arrêté du 10 novembre 2016.

²¹ I de l'article L. 6132-3 du CSP.

²² II et III de l'article L.6132-3 du CSP.

Son périmètre restreint en termes de charges et de recettes semble, pour autant, limiter l'enjeu initial de convergence budgétaire entre les établissements. En effet, la crainte relativement répandue des établissements membres de « siphonage de l'activité par l'établissement support » a engendré l'exclusion des recettes d'activité (recettes T2A) du budget G. Cette exclusion a pour conséquence la non intégration des charges en personnels médicaux. Ainsi, le vadémécum indique que " Le budget annexe n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités, mais seulement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties". La DGOS réitère cette affirmation dans son diaporama sur les évolutions des règles budgétaires et comptables liées aux GHT²³. Dans ce cadre, l'exclusion de l'ensemble de certaines charges et recettes peut impacter la lisibilité dans le suivi de certaines activités comme la biologie ou l'imagerie. Il est en effet délicat de disposer d'une double comptabilité : l'une afférente aux charges de pilotage et la seconde correspondante aux autres charges et à la totalité des recettes. La problématique se pose également pour les pôles inter-établissement ou les équipes médicales de territoire. Il peut, enfin, être complexe de définir les quotités de temps liées au pilotage d'une fonction ou d'une activité, à défaut d'intégrer une équipe complète. A ces difficultés d'appréhension, peut s'ajouter l'impossibilité de substituer le budget G aux outils de refacturation existants étant donné que leur périmètre est bien différent.

1.2.3 Les investissements communs du GHT : une gouvernance territoriale délicate

Dans le cadre de la stratégie de groupe identifiée dans le projet médical partagé, des investissements à vocation territoriale peuvent être nécessaires. L'arrêté du 23 novembre 2016, suivant l'avis du CNoCP (Conseil de Normalisation des Comptes publics) rendu le 4 juillet 2016²⁴, introduit de nouvelles règles permettant de comptabiliser les investissements réalisés en commun dans le cadre d'un GHT. Ces investissements sont traités comme un actif de l'établissement support. Les contributions versées par les autres établissements membres au support de GHT pour financer ces investissements communs sont considérées comme des financements rattachés à un actif déterminé et comptabilisées en tant que subventions d'investissement (compte 1316). Ce compte fait l'objet d'une reprise progressive sur le compte 1396²⁵ et sur le compte 777²⁶ du CRPA G

²³ Diaporama de la Direction Générale de l'Offre de Soins, « *GHT-Evolutions des règles budgétaires et comptables* », novembre 2016.

²⁴ Avis préalable du CNoCP relatif aux modalités de comptabilisation des opérations d'investissements réalisées dans le cadre des GHT, 4 juillet 2016.

²⁵ Compte 1396 « GHT – Contributions aux investissements communs ».

²⁶ Compte 777 « Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice ».

afin de neutraliser au compte de résultat, la part des amortissements qui concerne l'établissement partie. Dans les comptes des établissements membres, les contributions aux investissements communs du GHT versées à l'établissement support constituent un actif incorporel (compte 204). Ces actifs sont amortissables selon le rythme de consommation²⁷.

En ce qui concerne le calcul de la contribution aux investissements communs des établissements parties, la clé de répartition identifiée pour les charges d'exploitation inscrites au budget G ne s'applique pas.

Le schéma présenté ci-dessus indique que l'établissement support devra financer la totalité du bien d'investissement, avant ou après avoir reçu la contribution de chaque établissement partie. Si ce schéma comptable semble être clair, se pose la question de la capacité des différents établissements composant le GHT à assumer tel ou tel investissement ? Que faire lorsqu'un des établissements sans autofinancement et ayant une CAF insuffisante est soumis au décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves de recours à l'emprunt ? La situation financière dégradée d'un ou plusieurs établissements pourra potentiellement impacter le pilotage des projets d'investissement territoriaux

Par ailleurs, le GHT ne disposant pas de personnalité morale, les engagements juridiques du groupement le sont pour la structure support et non pour les établissements parties. En l'espèce, les textes ne prévoient une quelconque responsabilité pour ces derniers²⁸.

De récentes dispositions concernant les investissements territoriaux ont, enfin, été intégrées dans la loi « ma santé 2022 ». Celle-ci prévoit d'autoriser les établissements d'un même GHT à « Elaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogations aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ». En dépit des problématiques de financement évoquées précédemment, ce dispositif apportera une certaine cohérence dans le cadre de la politique commune des GHT. En complément des PGFP de chaque établissement du GHT, elle permettra aux ARS de disposer d'une vision territoriale sur les investissements et leurs impacts. Ainsi, un projet territorial pouvant mettre en difficulté financière d'un des établissements du GHT pourra faire l'objet d'une validation si la situation au niveau du groupement s'équilibre.

²⁷ Instruction budgétaire et comptable M 21 AU 1^{er} janvier 2020 - Fiche 45 : Comptabilisation des immobilisations acquises dans le cadre d'un GHT.

²⁸ BARRE HOUDART S., « Hôpitaux : A quelles conditions mutualiser les trésoreries et les investissements », note du cabinet HOUDART du 24 septembre 2019.

1.2.4 La solidarité de trésorerie : une volonté initiale reportée, un socle juridique tardif

Parmi l'une des vingt conditions de réussite identifiées dans le rapport intermédiaire HUBERT – MARTINEAU²⁹, figure l'instauration d'une solidarité de trésorerie financière entre les établissements du GHT. Celle-ci a pour enjeu d'ancrer une véritable stratégie de groupe en dépassant le modèle de financement actuel qui conforte des positions concurrentielles entre établissements d'un même territoire.

Compte tenu du maintien de l'autonomie juridique et financière des EPS, tous les établissements conserveraient un compte au Trésor. Cette solidarité financière pourrait se traduire par un mécanisme de gestion centralisée de la trésorerie du type " cash pooling " connu dans le secteur privé. Un compte " 515 " commun au niveau du GHT (porté par l'EPS support) serait alimenté à échéances régulières par les comptes au trésor de chaque établissement. Comme le souligne Jean Claude DELNATTE³⁰, cette mesure implique « un réel partage des compétences en analyse financière prospective et dans le pilotage du fonds de roulement ». Cette convergence doit ainsi permettre de professionnaliser le suivi de la trésorerie. Elle présente également un autre enjeu : celui de réduire les coûts des lignes de trésorerie en utilisant, au profit des membres du GHT, les excédents de trésorerie.

Bien qu'elle représente un réel intérêt, cette mesure n'a, cependant, pu être mise en œuvre au moment de la création des GHT. En effet, le Conseil Constitutionnel a censuré³¹ l'habilitation prévue à l'article 107 de la LMSS permettant de légiférer par voie d'ordonnance sur les règles budgétaires et comptables. Ce dernier a considéré que ces dispositions constituaient un cavalier budgétaire. Manquant de dispositions législatives, la convergence des trésoreries n'a pu donc aboutir dans la version initiale des GHT. Il faudra attendre la loi du 24 juillet 2019, pour que ce dispositif bénéficie d'une première assise juridique. L'article L. 6132-5-1 du CSP, créé par cette dernière, prévoit en effet que « les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés [...] à mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code. ». Au préalable, les établissements devront être autorisés par le directeur général de l'ARS. Il est à noter que les établissements restent

²⁹ HUBERT J et MARTINEAU F, *Rapport intermédiaire de mission Groupements Hospitaliers de Territoires, op.cit.*

³⁰ DELNATTE J-C, « *GHT et solidarité de trésorerie* », Finances hospitalières, n°99, Février 2016.

³¹ Décision 2015-727 DC du 21 janvier 2016 portant sur la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé.

néanmoins créditeurs et débiteurs de leurs créances et avoirs. Cette centralisation de trésorerie ne signifie pas, en effet, « solidarité financière » entre les différents membres.

1.2.5 Le DIM de territoire : une pièce maitresse du GHT au déploiement complexe

Constitué comme une fonction mutualisée dévolue à l'établissement support, un DIM de territoire doit être créé, dans chaque GHT, à partir des départements de l'information médicale existants. Le médecin DIM de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Selon la DGOS³², la mutualisation des DIM va au-delà de la simple somme des anciens DIM d'établissements. Elle constitue une opportunité pour construire un centre de compétences et d'expertises relatif à l'information médicale de territoire. Pour la fonction finances, le DIM de territoire est un acteur clé dans la fiabilisation des recettes à 3 niveaux :

- Il dispose d'une **vision stratégique à l'échelle du GHT** en ayant accès aux données du territoire. Il peut donc contribuer aux décisions stratégiques et appuyer l'élaboration, le suivi du projet médical partagé. Ce rôle est notamment matérialisé par sa présence en tant que membre de droit du comité stratégique. Par ailleurs, cette vision territoriale permet d'affiner le rôle du médecin DIM dans la prévision des recettes des EPRD et PGFP.
- Il met en œuvre une **convergence des pratiques de codage** entre les établissements du GHT. Cette harmonisation a pour objectif d'améliorer l'exhaustivité des informations recueillies et ainsi d'optimiser les recettes perçues au regard de l'activité.
- Il participe au **renforcement de la recherche clinique** en raison de bases de données médicales plus étoffées et de l'élargissement de l'équipe du DIM, et donc des compétences et moyens mobilisables sur un projet. Cet axe peut avoir un impact sur l'enveloppe MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) des établissements de santé.

Pour assurer ses missions précisées par décret, le médecin DIM de territoire devra s'appuyer sur un système d'information convergent. Pourtant, cet objectif pour les GHT a

³² Direction Générale de l'Offre de Soins, Guide d'organisation du DIM de territoire, 2017.

été fixé pour l'année 2020. La mise en œuvre d'une temporalité différente entre ces deux mesures peut limiter la montée en charge de cette fonction sur le territoire. Par ailleurs, l'absence d'uniformité dans les modes de financement et les règles budgétaires entre secteurs d'activité (T2A ou dotation) et type d'établissements (centres hospitaliers, hôpitaux de proximité) peut représenter une difficulté supplémentaire dans le déploiement.

Loin d'apporter un cadre permettant de mettre en place une fonction finances de territoire, le dispositif budgétaire et financier initialement prévu se veut assez modeste. Il constitue néanmoins un premier socle permettant d'accompagner la mise en place de filières médicales (investissements communs, DIM de territoire) et de disposer d'une vision territoriale (supervision financière par l'ARS et le COSTRAT). Par ailleurs, les mesures prévues dans le cadre de la loi dite « ma santé 2022 » renforcent le pas de l'intégration au sein des GHT et devraient favoriser des convergences (mutualisation des trésoreries).

Au-delà des aspects juridiques et théoriques de ce dispositif, il convient à présent de s'intéresser à sa mise en œuvre concrète au sein des groupements. Il s'agira notamment d'apprécier les leviers et les écueils à l'intégration totale ou partielle de la fonction finances au sein des GHT.

2 Une timide convergence des politiques financières confrontées à des écueils multiples

Afin d'identifier l'intégration actuelle de la fonction finances au sein des GHT, une étude à l'aide d'un questionnaire transmis aux 135 directions des finances des établissements supports de GHT a été réalisée. Ce travail d'investigation mis en œuvre pour l'élaboration de ce mémoire a permis de récolter 33 réponses sur la période du 06 Mai au 15 juin 2020. Des entretiens menés auprès de directions financières intégrées, de membres de l'ARS, de la DGOS et de l'EHESP appuient ces constats.

Les données recueillies ont permis de cerner davantage les freins culturels, organisationnels, juridiques et techniques auxquels étaient confrontées les GHT. En parallèle, l'étude a été l'occasion d'identifier certains leviers et dispositifs facilitant la convergence financière au sein des GHT.

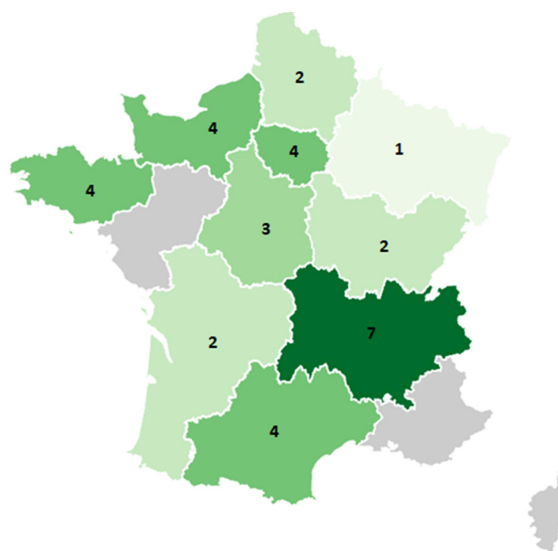
Le cadre de l'enquête

Le questionnaire a été transmis aux directions financières des établissements supports des 135 GHT structurant l'offre de soins aujourd'hui.

La transmission et la collecte des données se sont effectuées pendant la période du 6 Mai au 30 juin, celle-ci correspondant à une phase de sortie de la crise sanitaire et de reprise de l'activité au sein des établissements. Au total, 33 réponses ont été récoltées soit un taux de retour de 24%, ce qui est plutôt satisfaisant au regard de la situation exceptionnelle que notre système sanitaire vient de traverser. On peut noter que sur les 33 répondants, 5 sont des Centres Hospitaliers Universitaires : Les Hospices Civils de Lyon, le CHU de Besançon, le CHU de Brest, le CHU de Nîmes et le CHU de Montpellier.

Comme le montre la carte ci-dessous, la majorité des régions est représentée. Ainsi, dix d'entre elles font parties de cette enquête. La participation a été particulièrement forte en Auvergne Rhône Alpes, en Occitanie, en Ile de France en Bretagne et en Normandie. La faible participation des établissements de la région Grand Est peut s'expliquer par une disponibilité moins importante en raison de l'ampleur de la crise dans cette zone. La liste complète des établissements ayant participé à l'enquête est présentée en annexe 2.

Carte n°1 : répartition par région des répondants de l'enquête



2.1 Complexité des outils, perte d'autonomie, situation financière dégradée, autant de difficultés limitant l'intégration de la fonction finances au sein des GHT

2.1.1 Des budgets annexes « G » sous-utilisés par rapport aux flux financiers territoriaux

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, le budget annexe « G » permet d'inscrire, en exploitation, certaines opérations du GHT. Dans le cadre de l'étude, la quasi-totalité des établissements a mis en place ce budget au niveau du groupement (91% des répondants). Seuls 3 d'entre eux ont déclaré ne pas l'avoir mis en place. L'atypie du périmètre du groupement est souvent évoquée.

Exemple du GHT Nord Franche Comté

« Ce GHT comprend 2 établissements : l'hôpital Nord Franche Comté et le Centre Hospitalier de Longue Durée en Chênois. Le premier est un établissement MCO et le second est une structure à orientation gériatrique (EHPAD et USLD). Selon l'établissement support, le budget G représente peu d'intérêt. La logique serait d'intégrer les budgets de l'EHPAD et de l'USLD comme des comptes de résultats annexes au budget de l'établissement MCO (B et E). Pour des raisons historiques et de taille de l'établissement gériatrique, cela n'a pas été mis en œuvre. »

La création de ce type de budget ne veut pas dire, pour autant, une utilisation significative. Ce point a notamment été soulevé dans le dernier bilan de l'IGAS³³ relatif au GHT : « Les inscriptions budgétaires sont très en deçà des moyens réellement consacrés aux mutualisations et les volumes encore peu significatifs ». Pour étayer ce constat de l'IGAS, une étude complémentaire a été réalisée, dans le cadre de ce mémoire, afin d'apprécier le taux d'inscription des charges au budget G. Celle-ci a été réalisée à partir de la plateforme Diamant, système d'information décisionnel des ARS³⁴. Ainsi, pour chaque GHT, ont été comparées les charges inscrites au budget G par rapport aux charges des budgets H des établissements composant le groupement. Le tableau détaillé est présenté à l'annexe n°5. Il en ressort de cette étude que **les charges inscrites au budget G représentent seulement 0.11% des charges du budget H.** La grande majorité des GHT se situe à des inscriptions budgétaires comprises entre 0 et 0.5%. Seuls 9 GHT ont un taux de charges inscrites au CRPA G supérieur à 0.5%. Un seul GHT a un taux au dessus de 1%. Il s'agit du GHT Cœur Grand Est (1,02%) ayant

³³ IGAS, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », par C DAGORN, D GIORGI, A MEUNIER, décembre 2019.

³⁴ Les codes d'accès de la direction des finances du Centre Hospitalier Alpes Léman ont été utilisés pour cette étude réalisée le 30/07/2020.

mis en place une gouvernance des finances territoriale dans le cadre d'une direction commune. A contrario, d'autres GHT ayant mis en œuvre une direction des finances territoriale ont des inscriptions relativement faibles : GHT 85 – Vendée (0.02%) et GHT de l'Artois (0.09%).

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces faibles inscriptions budgétaires. Tout d'abord, comme le précise le diaporama de la DGOS, les établissements ont la faculté de réaliser, pour des cas particuliers, des transferts financiers en dehors du CRPA G. Il semble également qu'au niveau des ARS, les budgets G transmis ne fassent pas l'objet d'une analyse approfondie de façon systématique³⁵. La non-inscription de certaines opérations financières au budget G n'est, par ailleurs, pas un motif de rejet de l'EPRD.

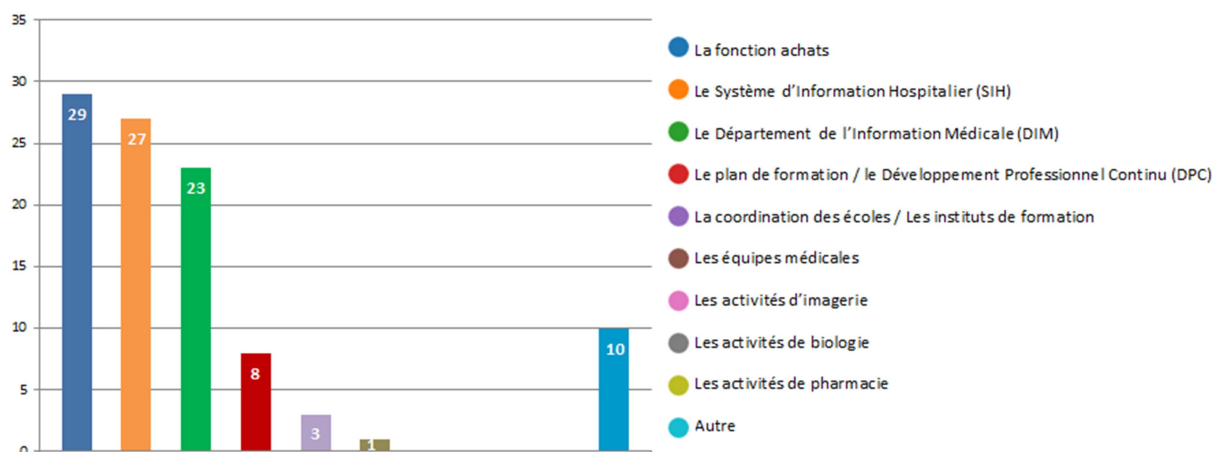
Le graphique n°1 présenté ci-dessous, apporte des éléments de réponses complémentaires. Celui-ci nous montre les activités concernées par une inscription budgétaire au sein des budgets G (achats, SIH, DIM, biologie, pharmacie, imagerie,...). Il semble que ces derniers se limitent, majoritairement aux fonctions dévolues à l'établissement support. Par ordre décroissant, les activités les plus concernées sont : les achats, le système d'information hospitalier et le DIM de territoire. En ce qui concerne les charges relatives aux instituts de formation et à la formation, celles-ci présentent une inscription assez modeste, probablement en lien avec leur faible intégration au sein des GHT. Les charges liées aux activités médicotchniques (imagerie et biologie notamment) ne font pas l'objet d'une inscription au budget G en raison de la limitation du périmètre du budget G aux coûts liés au pilotage de l'activité. Les établissements ont, par ailleurs, plus souvent recours à des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) pour ce type d'activité, bénéficiant ainsi d'une comptabilité spécifique.

Parmi les « Autres » charges inscrites au budget G, on trouve les éléments suivants :

- des prestations réalisées en commun (par exemple, le paiement d'un cabinet conseil pour la rédaction du PMS),
- des dépenses et recettes relatives aux appels à projets territoriaux menées de façon collective,
- le service de médecine de santé au travail,
- des dépenses en lien avec le fonctionnement du GHT (secrétariat du COSTRAT, direction en charge des projets territoriaux, communication territoriale,...),
- des fonctions transversales comme la cellule qualité territoriale.

³⁵ Assertion issue d'un entretien réalisé le 4 juin 2020 avec M Raphaël BECKER, directeur délégué finances-performance à l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.

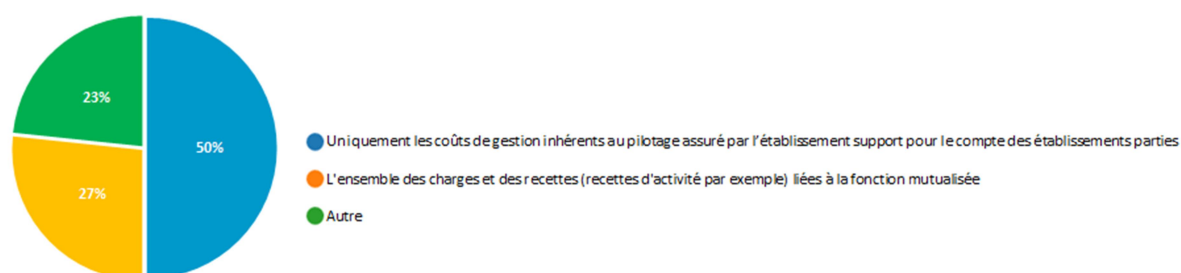
Graphique n°1 : Fonctions / opérations inscrites au budget G



Concernant la **typologie des charges inscrites au budget G**, le graphique n°2 nous montre qu'elles concernent en grande partie les coûts de gestion inhérents au pilotage de la fonction mutualisée. Certains établissements (8 sur 30 soit 23%) semblent néanmoins avoir une utilisation plus extensive en y intégrant l'ensemble des charges voire des recettes liées à l'opération. Ce résultat est assez surprenant car quasiment aucun établissement n'a déclaré inscrire des opérations/activités réalisées en commun (biologie, imagerie, pôle inter-établissements,...).

Des établissements semblent également utiliser de façon hybride le budget G. Ceux-ci ont inscrit les coûts relatifs au pilotage pour les fonctions assurées de plein droit par l'établissement support. En revanche, pour des activités partagées comme la restauration où les appels à projets territoriaux, l'ensemble des charges et recettes est inscrit.

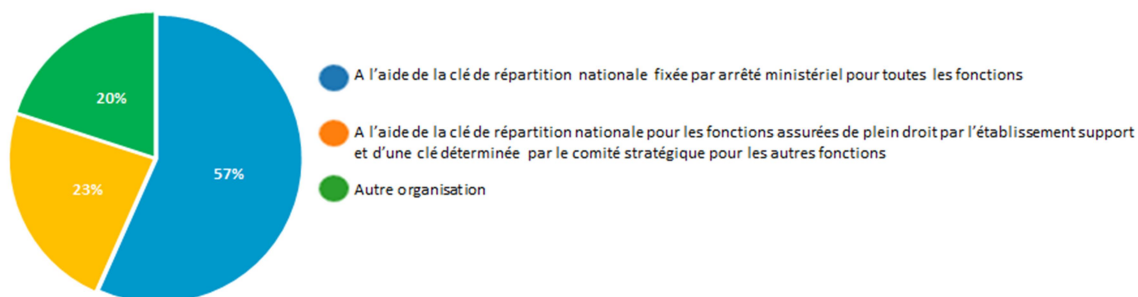
Graphique n°2 : Types de charges inscrites au budget G



Une bonne moitié des établissements utilise à minima le budget G en ayant recours à la **clé de répartition** nationale afin de définir la contribution de chaque établissement (cf. graphique n°3). L'autre moitié fonctionne de façon mixte en prenant en compte la clé fixée par arrêté pour les fonctions assurées de plein droit et une clé ad-hoc pour les autres. Le

périmètre de la clé nationale peut toutefois être adapté en fonction des établissements « utilisateurs » de la fonction (les non utilisateurs étant exclus du calcul de la contribution).

Graphique n°3 : Clé de répartition utilisée



Cette clé de répartition constitue la difficulté majeure remontée par les établissements. Ces derniers lui reprochent sa rigidité et son périmètre d'application. Beaucoup ont souligné des périmètres différentiels en fonction des mutualisations comprenant parfois tous les établissements parfois seulement quelques-uns. Dans ce cadre, il y a un non-sens à appliquer la clé réglementaire à tous les membres du GHT, les contributions devenant inéquitables. Ce sentiment est notamment amplifié dans les GHT caractérisés par une hétérogénéité des établissements membres (CH de tailles variables, EPSM et EHPAD). De plus, la clé de répartition calculée à partir des charges des établissements majeure de fait la participation des CHU. Bien que l'arrêté du 6 novembre 2017 offre une souplesse supplémentaire dans la définition de la clé pour certaines fonctions / activités, quelques GHT ont relevé des discussions autour cette clé pouvant être source de tensions.

Focus sur les difficultés remontées par un GHT

« Le budget G est d'une grande complexité. D'une part, les établissements remettent systématiquement en cause les dépenses inscrites au budget G (il faudrait que l'établissement support assure ce pilotage et les missions communes gracieusement). Les clés à la carte en fonction des établissements concernés deviennent également difficiles à gérer compte tenu de la montée en charge du budget G et du nombre de factures que cela représente. Les entreprises voient un intérêt à ne facturer leurs dépenses qu'auprès de l'établissement support (interlocuteur et facture uniques) mais la charge de travail associée se répercute sur la DAF dont les effectifs n'ont pas évolué. »

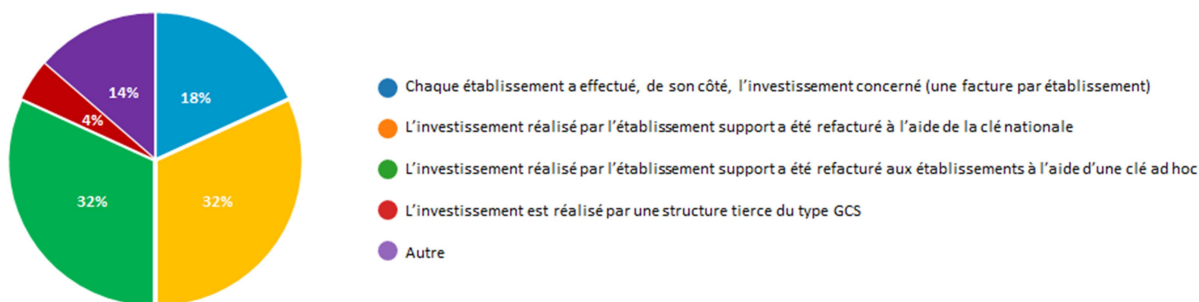
De nombreux établissements ont, par ailleurs, mis en évidence l'aspect chronophage et la lourdeur du budget annexe (notamment en termes de gestion des mises à disposition) pour des montants relativement modestes.

2.1.2 Une politique commune d'investissements limitée par des fragilités financières

L'enquête a permis d'identifier que seulement 55% des établissements (18 sur 33) ont engagé des investissements en commun avec une dominante sur des projets de Système d'Information Hospitalier (SIH). Cette donnée peut paraître surprenante eu égard à la nécessité de mettre en œuvre, au sein des GHT, la stratégie médicale définie dans le cadre du PMSP.

Dans la majorité des cas (cf. *graphique n°4*), le financement est réalisé par le support de GHT, les établissements parties apportant une contribution. Cette dernière est calculée soit à partir de la clé de répartition nationale (32% des réponses) soit à partir d'une clé définie spécialement pour l'opération (32% des réponses).

Graphique n°4 : le financement des investissements



Par conséquent, il semble que le portage des investissements est réalisé en commun avec une participation de chaque établissement du GHT. Pour autant, la difficulté dans ce dispositif ne semble pas être sur les règles comptables mais plutôt sur les capacités financières des structures composant le GHT. La dynamique des investissements territoriaux semble effectivement en corrélation avec les capacités financières de l'établissement support mais aussi des établissements parties. Ainsi, le pilotage d'un plan d'investissement territorial est délicat si tous les établissements ne disposent pas d'une CAF suffisante et/ou ne peuvent recourir à l'emprunt. De fait, dans ce type de gouvernance, la validation d'un investissement nécessitera l'accord de tous les acteurs dont la contribution est attendue. Les membres de l'IGAS dans leur bilan d'étape des GHT en ont également fait le constat pour la thématique système d'information et cela malgré les dispositifs d'aides mis en place (programme HOP'EN - HOPital numérique ouvert sur son Environnement) : « la plupart des GHT ont livré aux membres de la mission leur scepticisme sur la capacité des établissements membres de GHT à assumer par autofinancement ou emprunt la charge budgétaire inscrit aux SDSI ». Ce point conduit

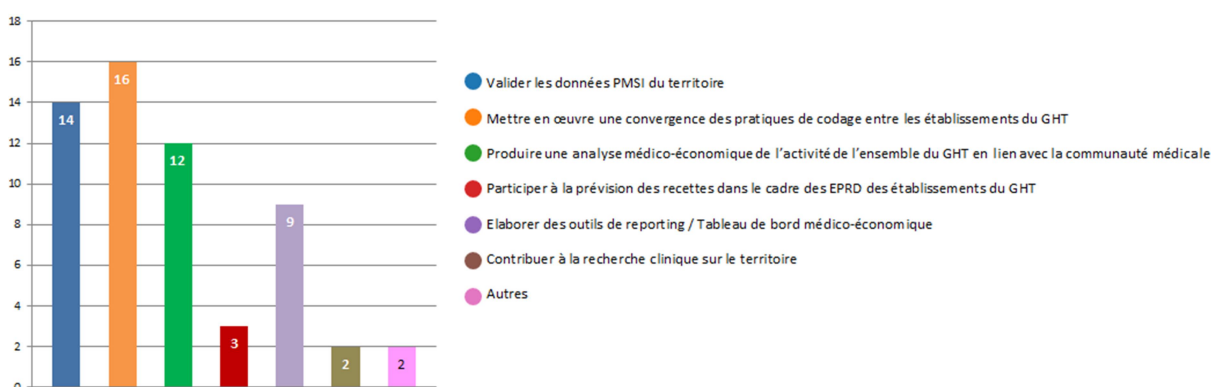
à des ajustements sur la nature même des investissements ou les délais de mise en œuvre. Par ailleurs, l'enquête n'a pas permis d'identifier si des supports de GHT avaient financé en totalité certains investissements puis les avaient refacturés aux établissements parties par l'intermédiaire d'une redevance d'exploitation (prenant en compte la part des amortissements et des frais de maintenance associés). Si cette solution présente l'avantage de palier certaines situations de fragilités financières au sein du GHT, elle nécessite de disposer d'un établissement support de GHT puissant au niveau financier.

L'élaboration d'un PPI et d'un PGFP communs prévue dans le cadre de la loi de juillet 2019 ne devrait donc concerner que les GHT les plus intégrés et dont la situation financière le permet. Selon l'enquête, aucun établissement n'a réalisé un PPI/PGFP uniques et seuls deux d'entre eux envisagent de le faire (sur un échantillon de 18 réponses).

2.1.3 Un DIM de territoire en attente d'une montée en charge

Le DIM de territoire, fonction mutualisée obligatoire, est un appui majeur dans la convergence de la fonction finances sur les aspects activités – recettes. **Pour autant, selon l'enquête, celui-ci n'est opérationnel que dans les ¾ des GHT.** Ainsi, 8 sur les 33 ne répondent pas encore à l'obligation réglementaire. Pour ceux ayant déployé un DIM de territoire, le graphique n°5 nous montre que les missions se limitent principalement aux convergences de pratiques de codage et à la validation des données. La participation aux prévisions de recettes et à la recherche clinique reste marginale.

Graphique n°5 : les missions du DIM de territoire



Le déploiement du DIM de territoire semble actuellement limité en raison, du souhait des établissements parties, de disposer d'une certaine **autonomie** par rapport à cette fonction. Celle-ci est effectivement considérée comme stratégique car elle est en lien avec

la production d'activité. Le peu de participation des DIM aux CME des différents établissements du GHT illustre ce constat, alors que cette dernière est prévue réglementairement³⁶.

L'enquête menée dans le cadre de ce mémoire a également révélé que l'organisation sur le territoire repose essentiellement sur une approche fédérative où le DIM de l'établissement support coordonne les DIM des établissements parties³⁷. En effet, le Département de l'Information Médicale commun et centralisé s'appuyant sur des référents locaux reste un mode de fonctionnement peu déployé. De fait, chaque DIM conserve la gestion entière de son activité au sein de son établissement : les missions ne sont pas réparties entre les différents DIM du GHT limitant ainsi la professionnalisation de certaines fonctions.

La convergence informatique relativement timide des DPI (Dossiers Patients Informatisés) mais aussi des logiciels de codage impacte inévitablement le développement de cette fonction sur le GHT. Bien que la convergence des systèmes d'information ait été prévue pour 2020, la diversité des applications informatiques est plutôt la règle. Ainsi, 64% des répondants ne disposent pas d'une solution informatique commune. Ils sont également 70% à ne pas envisager de créer un entrepôt de données de santé. La convergence des applicatifs métiers du DIM, des progiciels de Gestion Administrative des Patients (GAP), des DPI voire des logiciels métiers spécialités (gestion du bloc opératoire, laboratoires, imagerie,...) est un paramètre indispensable. Sans cette unicité, les analyses de filières et des flux de patients au sein du GHT sont compromises.

La pénurie de compétences semble également être une difficulté majeure pour structurer un département de l'information médical au niveau territorial³⁸.

2.1.4 Un système d'information de la fonction finances non convergent

La loi LMSS impose que les établissements d'un même groupement hospitalier de territoire mutualisent leur système d'information hospitalier (SIH). Aujourd'hui, le parc applicatif d'un établissement est en général divers et hétérogène. Le décret d'avril 2016 avait imposé un calendrier très serré : le 1^{er} janvier 2018 pour parvenir à un identifiant

³⁶ Décret 2016-524 du 27 Avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, sous-section 2 : Département de l'information médicale.

³⁷ Constat également identifié lors d'un entretien réalisé le 26 juin 2020 avec Dr Patrice BIECHLER, médecin DIM de territoire, GHT Léman Mont Blanc.

³⁸ Assertion issue d'un entretien réalisé le 14 mai 2020 avec Mme Claire LAURENT, directrice des affaires financières au Centre Hospitalier de Lens.

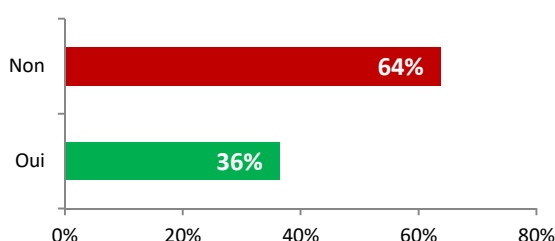
unique et le 1^{er} janvier 2021 pour un SIH convergent. À l'évidence, respecter ce calendrier va s'avérer difficile en raison de la spécificité des projets informatiques.

En pratique, comme le souligne le rapport IGAS³⁹, 95% des GHT ne disposent pas d'un DPI unique sur le groupement. « Cette question de convergence, trois ans après son inscription au rang d'objectif prioritaire fixé aux GHT semble encore faire l'objet d'interprétation ». Si le DPI unique est l'une des priorités majeures des SDSI de GHT, **l'harmonisation des logiciels de gestion financière (GEF) et de SI décisionnel** n'en est pas une. En témoignent les données de l'enquête puisque seulement deux GHT sur les 33 disposaient d'une solution informatique commune pour la gestion économique et financière.

2.1.5 Des mutualisations relatives à la politique financière assez modérées

Au-delà de la mise en œuvre des outils budgétaires et financiers et du DIM de territoire, un questionnaire sur la mutualisation de certaines tâches/fonctions relatives aux directions des finances a été nécessaire pour apprécier tout le potentiel intégratif de cette fonction. D'après le graphique n°6, il en ressort que seulement 36% des GHT (12 d'entre eux) estiment réaliser en commun certaines activités. Il est important de noter que sur les 12 établissements ayant répondu positivement à la question, seuls deux d'entre eux disposent d'un logiciel commun de gestion financière, limitant ainsi les mutualisations possibles.

Graphique n°6 : les mutualisations de certains aspects de la politique financière



Parmi les activités mutualisées, on notera :

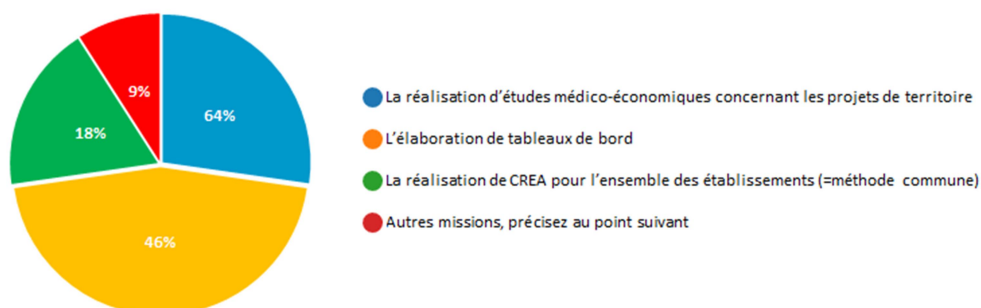
- Le suivi d'activité au niveau GHT : L'établissement support réalise un suivi de l'activité et de la trajectoire financière, de façon trimestrielle, pour l'ensemble des établissements du groupement. Quelques grands indicateurs sont suivis afin de disposer d'une vision macroscopique sur la situation des différents établissements du GHT,

³⁹ IGAS, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », op.cit.

- La mutualisation des emprunts : Il s'agit, dans ce cadre, de mener une consultation bancaire unique pour l'ensemble du GHT afin de disposer d'offres plus avantageuses et de sécuriser juridiquement certaines opérations,
- La mutualisation des investissements,
- Le suivi des structures médico-sociales,
- La présentation à l'ARS d'un PPI consolidé au niveau GHT,
- La veille juridique.

De même, **la fonction contrôle de gestion**, souvent rattachée aux directions des finances, peut être également source de convergences. A l'exception du contrôle de gestion achats, cette discipline est très peu citée dans le mode de fonctionnement des GHT. Or, de par son rôle de co-pilote, elle peut être indispensable dans la mesure de l'efficience des GHT : des méthodologies communes et donc des comparaisons envisageables, des études médico-économiques sur l'efficience de certaines filières de territoire ou encore la production de tableau de bord au niveau territorial. . Ainsi, selon l'enquête, 5 GHT sur les 33 ont mutualisé des missions relevant du contrôle de gestion. Parmi ces 5 groupements, 3 sont en direction commune et déclarent avoir mis en place une DAF de territoire. Le graphique n°7 permet de constater que ces « cellules de contrôle de gestion territoriales » exercent principalement des tâches de production et de diffusion de tableaux de bord avec des données consolidées au niveau GHT. Elles peuvent, dans une moindre mesure, réaliser des études médico-économiques pour des projets territoriaux et élaborer, de façon commune des CREA – Comptes de Resultat Analytique.

Graphique n°7 : les missions mutualisées au niveau du contrôle de gestion



2.2 La direction commune : un accélérateur de l'intégration de la fonction finances

2.2.1 Une corrélation entre les rares DAF de territoire et les directions communes

Les écueils présentés dans la partie précédente laissent penser que la convergence de la fonction finances sur le territoire est délicate voire impossible. Même si cela concerne un nombre limité de groupements, il existe toutefois des DAF de territoire dans des GHT relativement bien avancés dans le modèle intégratif.

L'enquête a permis de mettre en évidence que trois GHT⁴⁰ disposaient d'une direction des finances territoriale, celles-ci étant mises en œuvre dans la cadre d'une direction commune⁴¹. Ce type de réorganisation hospitalière est particulièrement privilégié par rapport aux fusions car il permet de simplifier la gouvernance tout en conservant une autonomie financière et des instances. Ainsi, dans le cadre des GHT, la mise en œuvre de fonctions mutualisées mène forcément à des tensions lorsque plusieurs directeurs fonctionnels exercent des attributions dans les mêmes secteurs. C'est évident pour le pilotage territorial de la fonction achats ou le système d'information. Ça l'est également pour la coordination de la préparation des EPRD ou des PGFP. La direction commune constitue, de fait, une réponse simple à des situations complexes. Au-delà du respect du principe d'autonomie des établissements d'une même direction commune, elle présente également l'avantage de donner des perspectives de gains budgétaires pour les fonctions/directions mutualisées, celles-ci étant plus simples à mettre en œuvre lorsque le « pilote » est unique.

GHT 94 Nord – Source : rapport IGAS

«La mise en place rapide de la direction commune a permis de renforcer la cohérence institutionnelle et de rationaliser les équipes administratives dans un contexte budgétaire contraint.»

Pour autant, même si la direction commune a été perçue comme une opportunité par les pouvoirs publics⁴², **il semblerait que leur nombre régresse⁴³ après avoir bien**

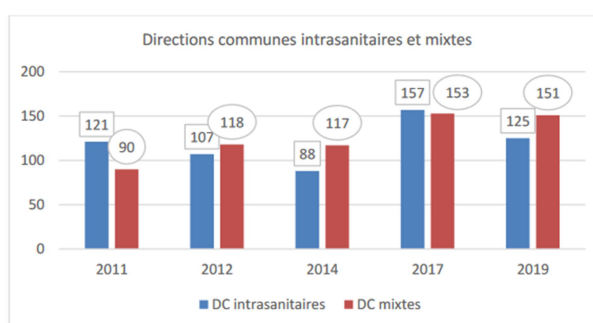
⁴⁰ Il s'agit des GHT suivants : le GHT Brocéliande Atlantique, le GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes et le GHT 94 Nord

⁴¹ A la question 5 « Est-ce dans le cadre : d'une fusion ? D'une direction commune ? D'un organigramme commun ? », les trois établissements supports de GHT concernés ont répondu exclusivement qu'il s'agissait d'une direction commune.

⁴² Ces derniers ont notamment réduit l'attrait des situations d'intérim et renforcé l'attractivité de la direction commune par la mise en place d'une prime perceptible par toute l'équipe de direction avec des montants représentant une augmentation substantielle.

augmenté au lendemain de la création des GHT. En 2019, le nombre de direction commune intrasanaire (concernant uniquement des établissements de santé du secteur sanitaire) a diminué de 20% par rapport à 2017. En parallèle, les fusions entre établissements de santé ne semblent pas augmenter dans le temps. En revanche, celles-ci concernent plus d'établissements. Ce « tassement » des recompositions hospitalières induit inévitablement sur le potentiel d'intégration au niveau des GHT. Dès lors, dans son rapport, l'IGAS préconise d'identifier les GHT les plus engagés et de mettre en œuvre, au niveau des ARS, des droits d'expérimentation, notamment pour la conduite des établissements en direction commune.

Graphique n°8 : Directions communes depuis 2011⁴⁴



2.2.2 L'exemple de deux GHT bien engagés sur la voie de l'intégration : le GHT de l'Artois et le GHT 85 - Vendée

En complément de l'étude effectuée à l'aide du questionnaire, plusieurs entretiens téléphoniques ont été effectués. Parmi ceux-ci, deux GHT ayant déployé une DAF territoriale ont été contactés afin d'apprécier les organisations mises en place, les mutualisations réalisées et les écueils. Ces deux groupements sont le GHT de l'Artois et le GHT 85 - Vendée.

Le GHT 85 - Vendée regroupe 7 établissements⁴⁵. Issu de la fusion du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de La Roche-sur-Yon, du CH de Montaigu et du CH de Luçon en 2003, le CHD Vendée, établissement support de GHT, est la structure de recours du territoire de santé vendéen. Une première convention de direction commune a été établie

⁴³ IGAS, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?* », par BOCQUET P-Y, BONNET J-L, LALANDE F et SCOTTON C, mars 2012.

⁴⁴ IGAS, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », *op.cit.*

⁴⁵ Le CHD Vendée, le CH-Loire Vendée Océan, le CH Côte de Lumière, le CH de Fontenay le Comte, le Groupe Public Hospitalier et médico-Social des Collines Vendéennes, le CH Georges Mazurelle, l'EPSM de Vendée, ainsi que les hôpitaux de Noirmoutier et Dumonté de l'Île d'Yeu, en direction commune avec le CH-Loire Vendée Océan.

en 2014 entre le CHD et les établissements de Fontenay le Comte, des Sables d'Olonne et de la Chataigneraie (les Collines Vendéennes). En 2016, Un EHPAD a été ajouté (EHPAD de la Chaise de Vicomte) portant l'offre sanitaire et médico-sociale totale gérée par la direction commune à plus de 3 000 lits. De fait, comme cela a été souligné dans le rapport de la Chambre Régionale des Comptes⁴⁶, « Le chef d'établissement du CHDV dispose dans ce contexte d'une capacité certaine et inédite pour organiser ou aménager l'offre territoriale de soins ». Le pilotage des établissements est effectivement confié à un directeur général commun accompagné par des directions fonctionnelles de territoire.

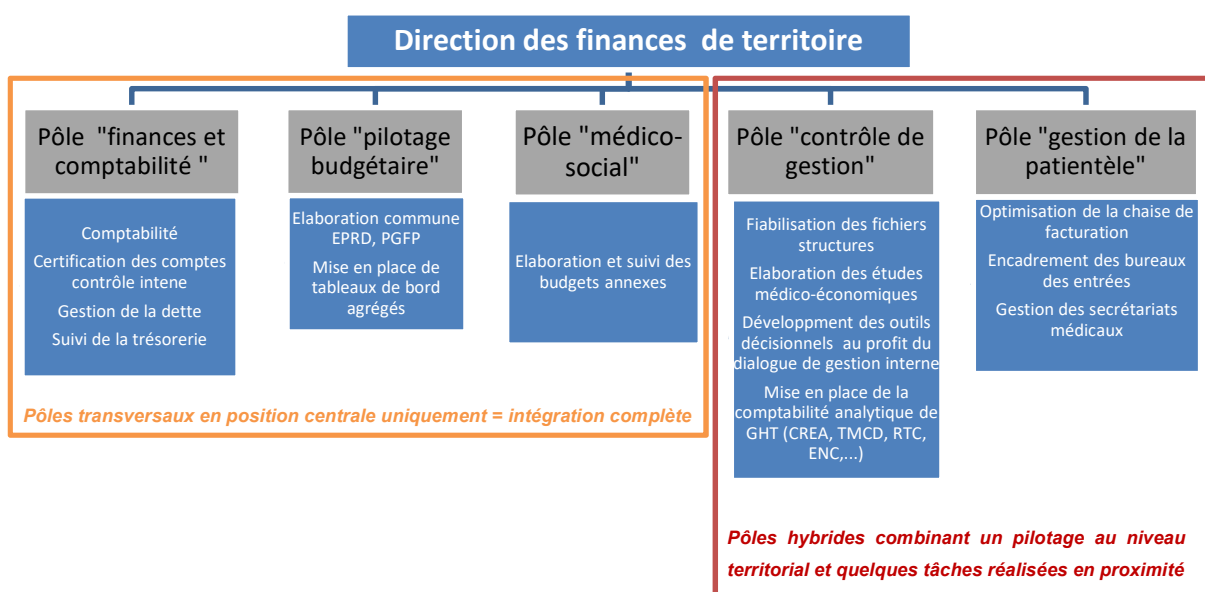
Le GHT de l'Artois – Pas de Calais est composé des Centres Hospitaliers de Lens (établissement support), Hénin-Beaumont, La Bassée et Béthune Beuvry. Avant la mise en place des GHT en janvier 2016, un processus de rapprochement a été mis en œuvre conduisant in fine à une direction commune. Le projet médical partagé a engagé une restructuration territoriale de l'offre de soins dans toutes les filières notamment en pneumologie et en cardiologie. En parallèle, la direction générale s'est engagée dans le déploiement de directions fonctionnelles de GHT, en lien avec les pôles inter hospitaliers mis en place. Par conséquent, le groupement dispose d'une DAF territoriale, pilotée par Claire LAURENT, depuis 2018.

Pour ces deux GHT, on retrouve une organisation définie selon des pôles d'expertise.

Les deux GHT ont organisé leur direction des finances territoriale en pôles de compétences (exemple de l'organigramme de la direction des finances de territoire du GHT de l'Artois en annexe n°6). Globalement, les pôles sont assez similaires entre les deux groupements étudiés. Comme cela est présenté dans le graphique ci-dessous, on retrouve des pôles liés aux aspects budgétaires et financiers, au contrôle de gestion, au processus de facturation et au suivi des budgets annexes (établissements médicaux-sociaux). Ces pôles sont le plus souvent pilotés par des directeurs adjoints au directeur des finances. Ils permettent une harmonisation des méthodes, une mutualisation des compétences et une professionnalisation de certaines fonctions (gestion de la dette, suivie de la trésorerie,...).

⁴⁶ Rapport Chambre Régionale des Comptes des Pays de la Loire, Centre Hospitalier Départemental de Vendée, Exercices 2012 et suivants.

Figure n°1 : exemple d'une organisation en pôles de la direction des finances territoriales



En outre, certaines fonctions d'une direction des finances impliquent une nécessaire proximité et le maintien d'un dialogue avec le terrain. Les acteurs de proximité peuvent néanmoins s'appuyer sur un centre d'expertise porteur d'une vision à la fois technique et globale. En effet, au sein des pôles d'expertise, peuvent cohabiter des équipes transversales et des équipes de sites. C'est le cas notamment pour les contrôleurs de gestion. Dans ce type de pôle, on peut retrouver des professionnels localisés à un niveau central au sein de l'établissement support. Ceux-ci ont, le plus souvent, des missions d'harmonisation de méthodes, de développement des systèmes de contrôles et de consolidation des données. Ils sont en lien avec des contrôleurs de gestion de sites localisés au sein des différents établissements du GHT afin d'assurer une proximité avec les acteurs et unités de soins, facteur indispensable pour affiner et développer le dialogue de gestion. In fine, le pôle dont la vocation territoriale est plus limitée est celui de l'admission – facturation. Même si le pilotage peut être transversal, les bureaux des entrées sont, en toute logique, affectés par site. Il n'en demeure pas moins que l'encadrement de ces services peut s'effectuer à un niveau territorial permettant ainsi une harmonisation de pilotage (par exemple, identification et mise en œuvre de contrôles communs afin d'optimiser la facturation, définition de nouvelles procédures de facturation, veille réglementaire,...).

L'harmonisation des outils et des méthodes a été un levier pour impulser un management global du GHT. Pour ces deux territoires, la création de ces pôles a permis d'harmoniser les méthodes (imputation des charges, élaboration des CREA,...) et de concevoir des outils de pilotage consolidés au niveau GHT. Par exemple, les tableaux de

bord ne sont plus réalisés de façon différenciée dans chaque établissement. La méthode d'élaboration ainsi que le format utilisé est identique pour l'ensemble du territoire. Le suivi de l'activité ou de la trajectoire financière est, par conséquent, plus aisé pour le directeur général du groupement ou les autres directions fonctionnelles de territoire. De même, il est enfin possible de comparer les CREA entre plusieurs établissements du GHT permettant la réalisation de parangonnage.

La convergence des systèmes d'information (GEF, GAM et SI décisionnel) est en cours de mise en œuvre dans chacun des GHT. Elle constitue une demande forte des équipes afin de faciliter le travail de consolidation des données au niveau territorial.

Eu égard à des situations financières relativement hétérogènes au sein des GHT, la mise en œuvre d'une politique d'investissement au niveau territorial est effective mais limitée. A titre d'exemple, le GHT de l'Artois a constitué une commission des investissements territoriale dont l'objectif est de programmer les investissements de chaque établissement au regard du projet médical partagé. Pour autant, le financement d'opérations communes d'envergure ne peut être porté par l'établissement support qui est en déficit depuis plusieurs années. La mise en place d'un PPI et d'un PGFP communs n'est, à ce stade, pas une priorité.

Bien que les textes ne soient pas encore parus, les deux GHT concernés souhaitent s'engager dans la mutualisation des trésoreries. Le GHT 85 est notamment l'un des établissements expérimentateurs. Comme le soulignait M DUPONT, Directeur des finances du GHT 85, la mise en place d'une trésorerie centralisée nécessite, au préalable, d'adapter le périmètre du comptable public à celui du GHT afin de disposer d'un interlocuteur unique. Une telle organisation permet une gestion optimisée de la trésorerie au niveau du groupement. Elle contribue à des économies d'échelle et professionnalise le suivi de la trésorerie puisqu'elle nécessite la mise en place d'une équipe spécialisée.

Pour terminer, le budget G est utilisé par les établissements mais se limite aux fonctions assurées de droit par l'établissement support. Les charges mutualisées, notamment des directions fonctionnelles de territoire, sont refacturées par l'intermédiaire de conventions de mise à disposition.

2.3 Le Groupement de Coopération Sanitaire comme « bras financier » du GHT : l'exemple du GCS du GHT Léman Mont Blanc

Dans un souci de maintenir l'autonomie des établissements de santé, le législateur n'a pas prévu de personnalité morale au sein des GHT. Pour autant, cette autonomie peut constituer un obstacle au développement de projets dont la pertinence n'est plus discutée. De fait, afin de maintenir une gouvernance coopérative tout en sécurisant juridiquement les activités mutualisées ou le financement d'investissements, certains GHT ont créé un GCS support de GHT. C'est notamment le cas du GHT Léman Mont Blanc (GHT LMB).

Le GHT LMB est composé de 7 établissements : 3 structures MCO, 3 hôpitaux locaux et 1 EPSM. Sa particularité est que l'établissement support, le Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL) dispose de réserves de trésorerie liées à la réalisation de plus d'une dizaine d'exercices budgétaires. Les deux autres établissements MCO souffrent, quant à eux, de fragilités financières importantes dont l'un plus particulièrement, limitant ses possibilités d'investissements.

Créé en 2016, ce GCS de moyens comprend l'ensemble des membres du groupement. Il a été capitalisé par l'établissement support, permettant ainsi de financer les investissements. Il est administré par le directeur des finances de l'établissement support de GHT. Il a pour objet :

- de porter les investissements à vocation territoriale (achats d'équipements, réalisation de travaux notamment pour le compte des établissements dont la situation financière est dégradée,...).
- De gérer des activités (biologie médicale, stérilisation,..) ou des dépenses mutualisées entre certains membres du GHT selon une clé de répartition souple et décidée d'un commun accord.

En outre, comme le souligne Vincent PEGEOT⁴⁷, Directeur des Finances au CHAL et administrateur du GCS du GHT LMB, **cette modalité de coopération permet de s'affranchir de certaines limites du GHT vues précédemment.**

- Le GCS dispose de la personnalité morale et ne peut agir que dans le cadre du mandat confié par ses membres. L'autonomie et l'équilibre décisionnel de chacun

⁴⁷ PEGEOT V., BARRE HOUDART S., « GCS du GHT Léman Mont Blanc : un exemple de mutualisation des investissements et de fonctions opérationnelles au niveau d'un territoire », Finances hospitalières, n°119, Décembre 2017.

sont alors préservés⁴⁸. Le portage de l'opération par le GCS permet également un affichage collectif de l'opération alors que le GHT a tendance à positionner l'établissement support comme maître d'œuvre des opérations.

- Le GCS du GHT LMB permet également de porter des investissements communs grâce aux réserves de trésorerie de l'établissement support permettant ainsi de contourner les difficultés liées à l'hétérogénéité des situations financières au sein des GHT. Il est également possible de lever des emprunts et de recevoir des subventions de l'ARS.
- Enfin, il permet de gérer sur le plan comptable des dépenses et des recettes pour des fonctions mutualisées autres que celles prévues au budget G.

En pratique, le GCS fonctionne selon un mode de gouvernance par « Projets ». Il s'appuie sur les structures administratives du GHT. Ainsi l'équipe financière de l'établissement support assure la gestion comptable et financière des opérations.

Concernant les investissements territoriaux, les projets ne peuvent être pris en charge qu'à la double condition : le projet doit être en lien avec le projet médical partagé et il ne peut être porté seul par l'établissement membre en raison de contraintes spécifiques, budgétaires, comptables ou financières. Chaque projet fait l'objet d'une décision en Assemblée Générale précisant notamment l'objet de l'opération, les modalités de mise en œuvre, la désignation des établissements membres intéressés et le calendrier prévisionnel⁴⁹. La hiérarchisation des projets et leur planification sont soumis à validation de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes. A partir du moment où l'opération est validée, un avenant au règlement intérieur est établi afin de préciser les règles de gouvernance du projet dont la détermination des charges d'investissement, les modalités de financement, de répartition des charges et dettes entre les membres directement intéressés par l'opération. Un exemple de cadrage de projets est proposé en annexe n°7. Trois modèles financiers⁵⁰ ont été définis et appliqués en fonction du projet :

- Projet d'infrastructure lourd : le GCS assure tout ou partie du financement. Les charges annuelles liées à l'exploitation font l'objet d'une répartition entre l'établissement et le GCS.
- Projets d'investissements communs ou à intérêt territorial : Le GCS assume le financement du projet et les coûts d'implantation (formations, coûts de transition,...). Les coûts d'amortissement et d'exploitation font l'objet d'une refacturation à l'établissement utilisateur.

⁴⁸ GEY-COUE M., « Le GCS n'est pas mort, vive le GCS », Gestion Hospitalière, n°563, février 2017.

⁴⁹ Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire du GHT Léman Mont Blanc, version du 03/12/2019, page 16.

⁵⁰ Règlement intérieur du groupement de coopération sanitaire du « GHT Léman Mont Blanc », version du 03/12/2019.

- Gestion du fonctionnement d'activités mises en commun: le GCS assure le financement des investissements et les dépenses relatives au fonctionnement des activités mises en commun (la biologie par exemple). Il refacture aux établissements en fonction du nombre d'unités d'œuvre consommées.

Ce GCS a été également une opportunité pour optimiser les recettes des établissements dans le cadre de la recherche en fusionnant les scores SIGAPS et SIGREC afin de franchir le seuil fixé pour la dotation globale (de façon isolée, aucun établissement du GHT ne parvenait à franchir ce seuil). Ces ressources supplémentaires permettront de structurer la recherche sur le territoire : équipe commune d'attaché de recherche clinique, constitution d'un comité scientifique,...

En synthèse, le GCS de GHT représente un enjeu pour mettre en œuvre les souhaits de mutualisation des établissements dans le cadre de la territorialisation de la gestion hospitalière. Il est un outil de pilotage innovant permettant de dépasser certaines rigidités des textes réglementaires du GHT. En outre, comme nous venons de le voir, il apporte des solutions de financements groupés, que ceux-ci soient bancaires ou non. Toutefois, la situation exceptionnelle de ce GCS (fond d'investissement important constitué par les excédents importants de l'établissement support) a probablement contribué et facilité au succès de cette coopération. De plus, la constitution d'une structure à part entière porte également une lourdeur administrative à prendre en compte.

L'intégration totale ou partielle de la fonction finances dans les territoires est assez limitée et témoigne de la prudence des établissements à garder un certain niveau d'autonomie. Cependant, au regard des résultats de l'étude menée, quelques préconisations peuvent être proposées afin d'accroître les convergences au sein du GHT.

3 Des pistes possibles pour maximiser le potentiel intégratif de la fonction finances

La partie précédente nous a permis d'identifier les écueils mais aussi quelques facteurs pouvant impulser une véritable convergence de la fonction finances sur le territoire. En premier lieu, l'adaptation des outils budgétaires et financiers actuels semble nécessaire afin de faciliter les opérations financières au sein du territoire. Ensuite, de façon plus globale et sans passer par une direction commune ou une fusion, il peut être opportun d'identifier, dans chaque GHT, les fonctions / activités budgétaires et financières pouvant être mutualisées tout en maintenant un niveau d'autonomie au sein des établissements. Cette « stratégie d'intégration » pourrait alors évoluer en fonction de la maturité du GHT. Enfin, bien qu'elle soit délicate, l'évolution des GHT vers une personnalité morale unique constituerait un levier d'intégration relativement fort. Comme l'ont souligné à plusieurs reprises certaines personnes contactées dans le cadre de ce mémoire, les GHT sont « au milieu du gué » et nécessitent des transformations de fond.

3.1 Une plus grande robustesse des dispositifs budgétaires et financiers actuels

3.1.1 Le comité stratégique : un rôle à renforcer

Nous avons vu précédemment que l'appréciation du COSTRAT sur les EPRD et les PGFP des établissements pouvait être limitée en raison d'un calendrier contraint. Il peut s'avérer opportun, dans le cadre du déploiement de la stratégie de groupe, de positionner le COSTRAT sur des fonctions de régulation et de coordination au niveau territorial. Plusieurs évolutions de l'instance peuvent être envisagées :

⇒ Elaboration en amont de la réalisation des EPRD / PGFP d'orientations budgétaires et financières par le COSTRAT. La procédure budgétaire actuelle des GHT pourrait être enrichie en faisant intervenir le COSTRAT en amont et en aval de l'élaboration des budgets. Par conséquent, en amont, le COSTRAT fixerait les grandes orientations budgétaires et financières du groupement facilitant son analyse a posteriori. Ces dernières permettront, entre autres, de cadrer l'évolution de certaines dépenses, les progressions d'activité et les investissements à réaliser au regard des mutualisations envisagées.

⇒ Intégration dans l'avis du COSTRAT de recommandations / points d'alerte en cas d'écart(s) par rapport à la stratégie de groupe : le COSTRAT ne dispose pas de pouvoir de désapprobation des EPRD et PGFP, celui-ci relevant de la compétence exclusive des ARS. Etant donné son rôle de conseils au sein du GHT, il peut néanmoins être positionné comme une instance de coordination délivrant des signaux d'alertes et des recommandations. Par exemple, il peut proposer des ajustements pour un EPRD dont les prévisions de recettes sont en décalage avec le PMSP.

⇒ Présentation en COSTRAT des comptes financiers des établissements du GHT : A l'instar des EPRD, la présentation des comptes financiers en COSTRAT devrait être réalisée avant une transmission à l'ARS. Les membres pourront ainsi apprécier « le réalisé » par rapport aux objectifs prévisionnels. Cette présentation permettrait d'affiner les orientations budgétaires pour l'année n+2.

Pour réaliser ce travail de synthèse et d'analyse, le COSTRAT pourrait s'appuyer sur un groupe de travail composé des directeurs des finances du GHT.

3.1.2 Le budget G : une utilisation à faciliter

Le budget annexe G, retraçant les opérations mutualisées au niveau du GHT, reste un dispositif perfectible. De nombreux acteurs ont effectivement signalé la rigidité, la lourdeur et le périmètre restreint de l'outil. Quelques aménagements de ce dispositif pourraient être étudiés par le législateur afin de faciliter son utilisation et ainsi renforcer son usage.

⇒ Mise en place d'une clé de répartition libre pour toutes les activités/fonctions inscrites au budget G : Bien que l'arrêté du 6 novembre 2017 ait apporté une souplesse dans le dispositif, une clé fixée réglementairement définit actuellement la contribution des établissements pour les fonctions assurées de plein droit par l'établissement support. Celle-ci peut s'avérer parfois inéquitable et impose, de fait, une contribution à des établissements non concernés par la fonction mutualisée. Il pourrait être opportun de laisser les groupements définir librement leur(s) clé(s) de répartition en fonction de leurs propres critères. La ou les clés par fonction devront faire l'objet d'une validation en comité stratégique dans un délai fixé au préalable. Passé ce délai et afin d'éviter des « négociations interminables », la clé applicable resterait celle fixée par arrêté.

⇒ Elargissement du périmètre des produits et des charges du budget G : La non intégration de la totalité des charges et des recettes relatives à une fonction mutualisée impacte la visibilité de l'activité concernée. Cette disposition engendre des lourdeurs de

gestion dans la mesure où il est nécessaire d'identifier les dépenses relatives au pilotage de l'activité. Une évolution possible serait d'inclure les recettes d'activité afin de pouvoir enregistrer l'ensemble des charges concernant l'activité. Il serait alors possible de réaliser des inscriptions budgétaires dans le CRPA G pour les activités menées dans le cadre d'équipes médicales de territoire ou de pôles inter-établissements. Cette disposition renforcerait la logique de groupe dans le sens où une contribution des établissements pour les activités déficitaires serait nécessaire. De même, un système de redistribution des excédents devrait être mis en œuvre.

⇒ Renforcement du contrôle exercé par les ARS sur le budget G : Comme nous l'avons vu, les ARS n'exercent pas de contrôle particulier sur le budget G (pertinence des charges inscrites au budget G au regard des mutualisations mises en œuvre au sein du groupement). Dès lors, un contrôle plus approfondi renforcerait l'utilisation de cet outil et ainsi la vision territoriale sur les coopérations.

3.2 Une accélération dans la convergence des systèmes d'information

L'harmonisation des logiciels relatifs à la fonction finances n'a pas été une priorité dans les SDSI des GHT. Or, comme nous le verrons plus tard dans ce mémoire, elle semble être un prérequis pour évoluer vers un modèle plus intégratif. Par conséquent, la convergence du SI pour la fonction finances peut s'envisager à différents niveaux :

- **le DPI unique** afin de disposer d'une base uniforme facilitant ainsi le travail de requête /de contrôle du DIM, des TIM et de l'analyse des flux au niveau GHT,
- **Le logiciel de gestion du PMSI** permettant un contrôle qualité commun à tous les établissements du GHT et une harmonisation facilitée des pratiques de codage,
- **Le logiciel de Gestion administrative des Patients (GAP)** permettant le déploiement d'une identité de territoire (éviter les doublons) ou encore le traitement des éléments des dossiers administratifs des patients quel que soit l'établissement de production (contentieux),
- **Le logiciel de Gestion Economique et Financière (GEF) commun pour le GHT** donnant un accès facilité aux données financières des établissements (importance dans le cadre de la fonction achats de territoires) et offrant la possibilité d'harmoniser la nomenclature et les modalités de saisies,

- **Le système d'information décisionnel unique** permettant l'agrégation globale des données de pilotage dans une plateforme dédiée à l'ensemble des établissements.

En somme, au-delà de l'accès facilité aux données, cette convergence permet de construire des outils de pilotage communs, d'harmoniser certaines pratiques (saisie des informations par exemple) et de mutualiser des compétences. Sur ce dernier point, il est effectivement possible, pour les métiers à forte expertise technique (gestion de la trésorerie, gestion du contentieux,...), de travailler à distance pour l'ensemble du territoire.

3.3 La nécessité d'accompagner l'évolution du métier de directeur des finances

La mise en œuvre d'une fonction finances partagée de territoire impacte indéniablement le métier de directeur des finances. Dans ce cadre, le management de plusieurs équipes sur différents sites pourrait être la règle. Par ailleurs, les DAF responsables de pôles territoriaux (autrement dit « DAF n°2 ») devront disposer d'un niveau d'expertise relativement étayé. Ces transformations nécessiteront probablement de revoir la formation initiale des directeurs d'hôpitaux dispensée à l'EHESP. Dès lors, il pourrait être envisagé d'intégrer un module commun de management multi-sites. Par ailleurs, la maquette de la spécialisation finances pourrait intégrer un niveau supérieur de spécialisation pour les futures responsables de pôles afin de développer particulièrement leur expertise dans leur futur domaine. A ce titre, la question du profil des responsables de pôles territoriaux se pose : faut-il nécessairement un DH sur ce type de fonctions ? Le degré d'expertise et de technicité attendu sur ces postes ne nécessite t-il pas des personnes disposant d'une formation initiale spécialisée ?

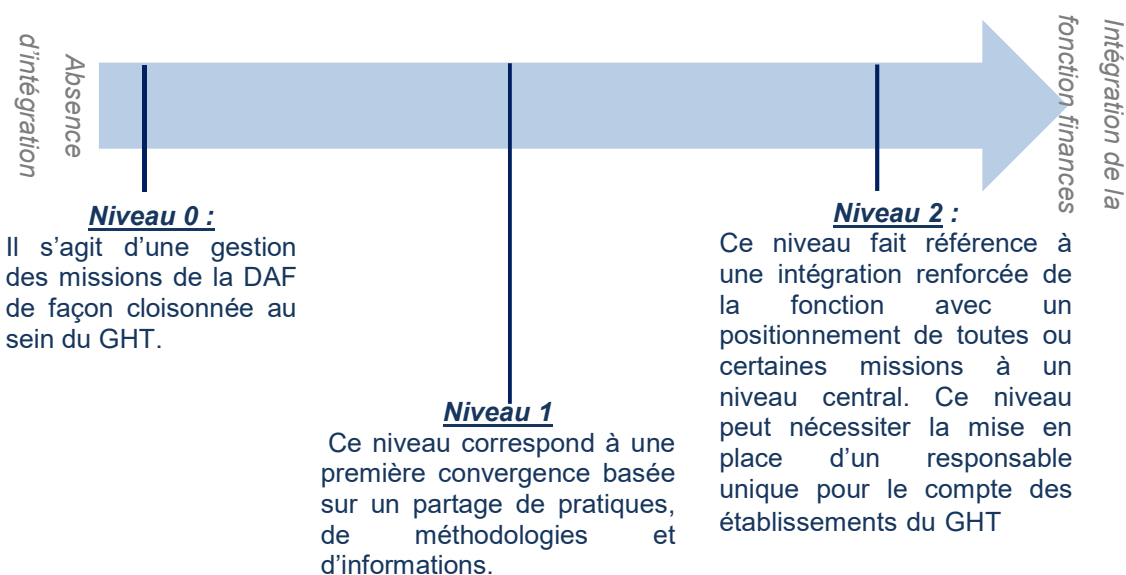
3.4 La direction des finances de territoire : proposition d'un modèle d'intégration à plusieurs niveaux

L'intégration des systèmes de direction peut conditionner les hôpitaux à répondre à leurs défis notamment en termes d'efficience des processus organisationnels et de performance des fonctions supports. Différents schémas de gouvernance plus ou moins intégratifs sont actuellement en place. Néanmoins, de façon générale, les directions de

GHT restent assez cloisonnées⁵¹. Dès lors, l'identification de fonctions partagées au niveau territorial, sans passer nécessairement par une direction commune voire une fusion, peut représenter un gain d'efficacité pour les GHT.

Au regard des éléments abordés précédemment, cette partie s'attachera à présenter certaines missions de la direction des finances pouvant faire l'objet d'une intégration plus ou moins renforcée au sein des GHT. Ces intégrations peuvent s'envisager à différents niveaux :

Figure n°2 : Identification de différents niveaux d'intégration



De façon préalable, quelques prérequis peuvent être nécessaires (sans forcément être indispensables) avant d'évoluer vers un modèle plus intégratif :

- **La convergence des systèmes d'information** : l'harmonisation des DPI, des logiciels métiers (gestion administrative des patients, gestion financière, DIM, bloc opératoire, laboratoire, imagerie,...) sera l'une des conditions pour faciliter l'accès aux données et fiabiliser les sources d'information.
- **L'évolution du périmètre des trésoreries publiques** : Au moment de la mise en place des GHT, 658 trésoreries, dont 199 étant spécialisées dans les activités hospitalières, assuraient la gestion comptable et financière des 891 établissements de santé⁵². Une stratégie de spécialisation de la fonction comptable hospitalière est impulsée par la DGFIP depuis plusieurs années. Cette spécialisation assure une meilleure maîtrise des spécificités

⁵¹ NORDMANN, « la gouvernance des GHT en 2019 », Gestion Hospitalière, op.cit.

⁵² Direction Générales des Finances Publiques, *Groupe de travail métier du 15 novembre 2017 – Fiche n°1 – la mise en place des GHT*, http://financespubliques.cgt.fr/sites/default/files/gt_20171115_actu_eps_-_fiche_1_ght_v3-4_dg.pdf, document consulté le 23/07/2020 à 18h15

budgétaires, comptables, financières et juridiques des établissements. Ce mouvement pourrait être amplifié en créant des trésoreries de GHT. Cette évolution faciliterait le suivi des activités mutualisées. Disposant d'un interlocuteur unique, la gestion de la trésorerie ou des restes à recouvrer en lien avec la DAF de territoire serait facilitée.

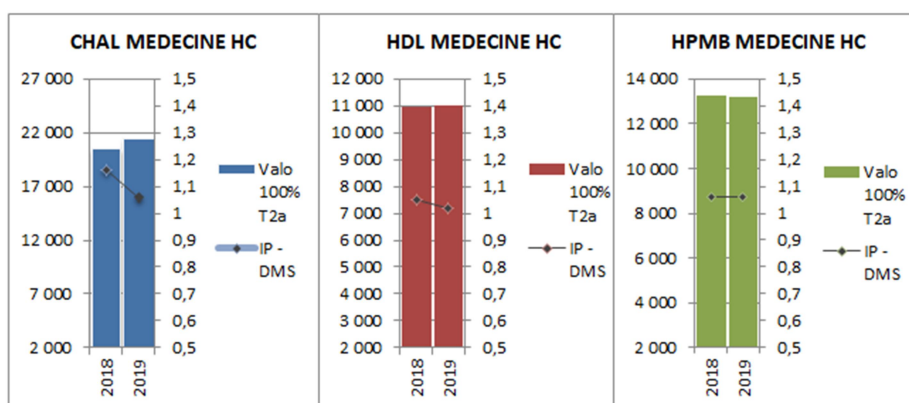
Plusieurs missions peuvent s'organiser au niveau territorial :

Niveau 1 :

⇒ Elaboration de tableaux de bord d'activité et de suivi budgétaire de territoire :

Bien qu'elle puisse paraître simple, cette action permet de compiler, au niveau territorial, des indicateurs d'activités (séjours, journées PMSI, IPDMS,...) et des données budgétaires (valorisation 100% T2A, Dépenses PNM,...). L'enjeu est ici de partager des informations relatives à la trajectoire définie pour le GHT, et donc la mise en œuvre du PMSP.

Graphique n°9 : suivi de la Valorisation 100% T2A et de l'IP DMS pour la discipline médicale au niveau GHT - Extrait du tableau de bord trimestriel 2018-2019 du GHT Léman Mont Blanc (74 – Haute Savoie)



⇒ La mise en place d'une certification/fiabilisation des comptes de GHT

A l'instar de la certification qualité menée par la Haute Autorité de Santé, il pourrait être envisagé de mener une certification des comptes de GHT (pour les établissements y étant soumis – budget supérieur à 100 millions d'euros). Les renouvellements à venir des commissaires aux comptes organisés dans le cadre de la procédure achat de GHT converge en ce sens. Il devrait y avoir prochainement qu'une seule entité certificatrice. De façon plus pratique, l'harmonisation des contrôles et des procédures pourrait constituer

une première étape de convergence. Au préalable, un diagnostic mené par des équipes provenant d'un établissement relativement bien avancé dans la démarche serait nécessaire afin d'établir un plan d'actions par structure. Cette mutualisation permettrait de tirer profit de la dynamique de certification en diffusant des bonnes pratiques de gestion.

⇒ L'optimisation de la chaîne facturation :

Avec la mise en place de la facturation individuelle des établissements de santé pour l'activité externe (FIDES ACE) et de la certification/fiabilisation des comptes, les établissements doivent s'investir sur les principes d'exhaustivité et de qualité pour une juste facturation. Les contrôles réalisés aux différentes étapes de la chaîne se développent en continu afin d'éviter tous risques d'erreurs ou de perte d'informations (notamment entre les différents systèmes d'information d'un EPS). A l'identique de la certification des comptes, un partage des contrôles à mettre en œuvre et des indicateurs à suivre permettrait d'harmoniser une partie du pilotage de la chaîne facturation. Il peut, en effet, exister des degrés différents de professionnalisation entre les établissements.

⇒ Optimisation des charges fiscales :

Les EPS ont la particularité d'être généralement dotés de la double qualité d'assujetti partiel (certaines de leurs opérations étant imposables alors que d'autres ne le sont pas) et de redevable partiel (certaines de leurs opérations imposables étant taxées, alors que d'autres sont exonérées). En effet, même si son statut pour l'exercice de son activité principale de soins lui permet de ne pas être assujetti à la TVA, l'EPS peut être concerné pour certaines opérations soumises à TVA. Force est ainsi de constater que les EPS sont souvent en incapacité de maîtriser l'ensemble des subtilités lui permettant d'en tirer profit⁵³. Par conséquent, la mise en place de procédures conjointes et l'appui de DAF plus expérimentées en la matière impulseront une optimisation des charges fiscales au niveau du groupement.

⇒ Mise en place d'une veille juridique de GHT :

Le partage d'informations juridiques entre les membres du GHT permet d'harmoniser les pratiques au regard des différents évolutions réglementaires (exemple du changement de méthode pour le calcul d'une provision, évolutions de la M21, ...).

⁵³ AMRI K., BENSIMON J., « La fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital : un cadre favorable pour améliorer et optimiser ses charges sociales et fiscales », Finances hospitalières, n°119, décembre 2017.

Niveau 2 :

Le niveau 2 correspond à un degré d'intégration renforcé. Ainsi, des convergences de méthodologies/formalisation de référentiels communs (certifications des comptes, facturation, fiscalité) peuvent évoluer dans un second temps vers un pilotage centralisé associé à des équipes de proximité au sein des établissements parties. D'autres domaines peuvent également faire l'objet de convergences :

⇒ Mise en place d'un contrôle de gestion élargi au GHT

Le Contrôle de Gestion (CG) peut avoir un rôle clé dans le pilotage de la stratégie de groupe du GHT. Positionné à un niveau central, il peut être l'occasion de mettre en commun des compétences rares en comptabilité analytique, l'établissement support de GHT disposant de plus de facilités pour attirer des profils expérimentés. Ainsi, « aider à établir un bilan stratégique de la situation et mettre en œuvre des indicateurs de pilotage » pourront être des missions pour le contrôle de gestion de GHT⁵⁴.

Préalablement au déploiement d'un contrôle de gestion élargi, il sera nécessaire d'harmoniser certaines méthodes et outils : un FICOM élaboré conjointement, une méthodologie commune d'affectation des charges et des recettes et enfin un système d'information décisionnel de territoire.

A l'issue de cette phase préliminaire, l'organisation suivante pourrait être mise en place⁵⁵ : Une cellule au niveau de l'établissement support est mise en œuvre. Elle assure le contrôle de gestion de cet établissement et fait de la coordination avec des contrôleurs de gestion de site. En fonction de la distance entre l'établissement support et les autres structures du GHT, il peut être envisagé que les CG des établissements parties travaillent, une fois par semaine, dans l'établissement support.

Exemples de missions rattachées à la cellule de contrôle de gestion GHT (liste non exhaustive) :

- *Elaboration de tableaux de bord pour le suivi de certaines filières de soins*
- *Analyse stratégique des activités (parts de marché, taux de fuite, potentiel de croissance, possibilités de regroupement, ...)*

⁵⁴ OLIVIER E., « *une opportunité pour repositionner le contrôle de gestion en aide au pilotage de la stratégie de groupe* », Finances hospitalières, n°113, mai 2017.

⁵⁵ Organisation échangée lors de l'entretien téléphonique du lundi 18 Mai avec Monsieur Erwan OLIVIER.

- *Déploiement d'une comptabilité analytique de GHT afin que les CREA des établissements du groupement puissent être comparables*

⇒ Mise en place d'un DIM de territoire :

Cette fonction a déjà été abordée dans la seconde partie de ce mémoire. La mise en place d'un DIM de territoire s'appuyant sur des référents locaux pourrait représenter un fonctionnement cible. Les missions seraient alors réparties entre les DIM de GHT selon une logique de transversalité. En complément des fonctions « traditionnelles » liées aux données PMSI et aux pratiques de codages, il pourrait être opportun de mener une réflexion sur la convergence d'autres missions éventuellement menées par les DIM : archivage, recherche clinique, identitovigilance, pilotage du dossier patient informatisé, ...

⇒ Identification d'un pôle finances / comptabilité générale :

Ce pôle serait chargé de l'élaboration et du suivi budgétaire de l'ensemble des établissements du GHT. Il participerait notamment à l'élaboration d'un PPI et d'un PGFP de territoire, à la préparation et au suivi de l'EPRD, à l'analyse des éléments budgétaires et à la réalisation du bilan de fin d'année (rédaction du rapport financier présenté aux instances). Il pourrait s'appuyer sur des référents comptabilité présents sur les différents sites et gérant les opérations courantes : établissements des factures (crèche, activité libérale, formation continue, mise à disposition de personnel, ...), mandatement, réalisation des déclarations fiscales,...

Par ailleurs, ce pôle peut être l'occasion de professionnaliser des fonctions stratégiques de la direction des finances : le suivi de trésorerie, la gestion des emprunts et de la dette par exemple.

3.5 Des GHT « au milieu du gué » : vers une délicate évolution des groupements ?

Les recommandations abordées précédemment devraient faciliter les convergences financières au sein des GHT sans toutefois en faire une intégration complète. Pour cette dernière partie, il me semble opportun de proposer des évolutions possibles des GHT. Certes, la question est délicate, car au-delà des aspects politiques, juridiques et stratégiques, elle nécessite de concilier autonomie des établissements et intégration. Nous l'avons souligné, à plusieurs reprises dans ce mémoire, l'absence de personnalité

morale et la perte d'autonomie sont des freins à l'intégration de la fonction finances dans les GHT. L'étude du questionnaire avait d'ailleurs montré que celle-ci avait lieu uniquement dans le cadre de directions communes.

Dans les territoires, le souhait d'évoluer vers un modèle plus intégratif est assez hétérogène. Il y a en effet d'une part, des postures d'hostilités et, d'autre part, des volontés de passer à un niveau supérieur d'intégration. Pour ces derniers, la recherche d'un véhicule juridique adapté à leurs besoins faciliterait les convergences. Comme le précisait Monsieur Didier GUIDONI lors de notre entretien⁵⁶, « le problème actuel des GHT est qu'ils sont « au milieu du gué » en raison de l'absence de personnalité morale ». Si le droit d'option introduit dans la loi « ma santé 2022 » a représenté une évolution, il est de loin une révolution. Il s'agit effectivement d'une modification de la gouvernance des GHT par un système de fusion des instances, cette évolution étant facultative car dépendante du choix des établissements parties.

Deux évolutions des GHT semblent envisageables, l'une ayant un degré de faisabilité plus significatif que l'autre.

La première concerne un modèle de « **GHT par fusion des établissements** ». Au-delà des aspects politiques, cette évolution pourrait être un « chantier démesuré »⁵⁷ du fait notamment de la complexité de l'opération, du nombre d'établissements impactés, mais également des conséquences en matière de gouvernance et de culture d'établissement. La seconde reposerait sur **un modèle de « groupes - filiales »** que l'on retrouve particulièrement dans le secteur privé avec une « structure mère » supervisant certaines fonctions supports et des filiales disposant d'une autonomie. Dans ce scénario, la structure mère pourrait assurer les opérations budgétaires et financières suivantes :

- valider les investissements réalisés par les « filiales » (= établissements parties) au regard de la stratégie définie conjointement,
- vérifier que la trajectoire financière des « filiales » est correctement respectée,
- appuyer et valider des recrutements sur des postes clés,
- développer au niveau central des pôles d'expertise en appui des filiales : contrôle de gestion, suivi de trésorerie, gestion de la dette, gestion de la partie « contentieux » des services facturation,...

La mutualisation des trésoreries au sein du GHT pourrait s'imbriquer très facilement dans ce dispositif.

⁵⁶ Entretien réalisé le jeudi 07 mai 2020 avec M Didier GUIDONI, membre de la « task force » de la réforme de financement du système de santé, Ministère des solidarités et de la santé.

⁵⁷ IGAS, « *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », *op.cit.*

Cette idée de « logique de groupe » est également présente dans un rapport intitulé « repenser l'organisation territoriale des soins »⁵⁸. Dans sa mesure n°8, les auteurs préconisent de transformer les GHT en Etablissement Public de Santé Territorial (EPST): « Cet établissement bénéficie d'une gouvernance médicale et administrative unifiée, d'une solidarité financière de fait et d'une intégration des fonctions supports ». Par ailleurs, dans leur bilan d'étape des GHT, les auteurs ont retenu cette idée de création d'EPST comme évolution possible des GHT. Sous réserve d'une étude de faisabilité, cette nouvelle catégorie d'établissement serait manifestement la seule alternative pour s'inscrire dans une logique de personnalité morale, le GCS établissement de santé étant exclu des orientations envisageables.

Cette évolution semble possible pour des groupements disposant d'un certain niveau de maturité en termes de gouvernance (fusions d'instances, pôles inter-sites) et de stratégie médicales (équipe médicale territoriale, ouverture sur la ville, partenariat étroit avec le secteur médico-social). Néanmoins, il serait nécessaire de revoir le périmètre de certains d'entre eux⁵⁹ afin d'éviter tous risques de gigantisme ou de perte d'identité et de « déséconomies d'échelle ».

Le déploiement d'une logique de groupe dans le cadre des GHT requerra, par conséquent, une évolution législative de profondeur en tenant bien évidemment compte des particularités locales et de la volonté des établissements de construire un dessein commun. Si les auteurs du rapport « repenser l'organisation territoriale des soins » ne proposent pas de modèle organisationnel, il semble que la gouvernance de cette catégorie d'établissement devra allier co-responsabilité, co-décision et intégration. Le défi est relativement complexe.

Enfin, **la direction commune**, sans aller jusqu'à la fusion, reste un levier puissant d'intégration. Ce type de gouvernance offre des possibilités d'intégration renforcées par des synergies au niveau de l'offre de soins et des fonctions supports. Elle est une forme de gouvernance plébiscitée par de nombreux directeurs d'établissements supports⁶⁰. La mission IGAS recommande de développer ce type de gouvernance en incitant les ARS à élaborer un inventaire des directions communes envisageables dans leur périmètre. Par ailleurs, elle en fait une condition préalable à toute fusion, cette phase transitoire permettant de construire le projet de fusion.

⁵⁸ PRIBILE P., NABET N., « *Repenser l'organisation territoriale des soins* », Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2018.

⁵⁹ Quelques exemples : GHT Limousin (18 établissements), GHT Allier-Puy de Dôme (15 établissements), GHT Loire (20 établissements)

⁶⁰ IGAS, « *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », *op.cit.*

Conclusion

L'intégration de la fonction finances au sein des GHT est un sujet relativement complexe.

On ne peut effectivement proposer un modèle unique de convergence pour l'ensemble des GHT. Leur périmètre, leur maturité et leurs souhaits d'aller plus loin dans l'intégration sont relativement hétérogènes. Par ailleurs, il est important de considérer la fonction finances territoriale non pas comme une fin en soi mais comme un outil permettant de traduire la volonté de mener une politique commune, d'écrire l'histoire d'un territoire ensemble. Dès lors, et c'est tout le sens de l'organisation budgétaire et financière actuelle, on ne peut que proposer des outils permettant de structurer ces convergences sans réellement impulser une fonction partagée. Même si, comme nous l'avons vu, ces dispositifs méritent quelques ajustements, les GHT disposent d'une certaine liberté dans leur appropriation.

A ce stade, pour les GHT souhaitant aller plus loin dans la stratégie de groupe, la direction commune semble la modalité de gouvernance la plus adaptée. Elle est indéniablement un facteur accélérant l'intégration territoriale. Pour les autres GHT, ne souhaitant pas évoluer vers des fusions ou des directions communes, l'engagement de réflexions sur la mutualisation de certains volets de la direction des finances me semble être une démarche appropriée. Les enjeux sont effectivement importants. Cette stratégie intégrative adaptée aux besoins et à la maturité du GHT permettrait non seulement de professionnaliser des fonctions stratégiques (suivi de trésorerie, contrôle de gestion, gestion des emprunts,...), d'attirer des compétences rares, d'effectuer des gains de mutualisation ou encore d'harmoniser les méthodes. Par ailleurs, le GCS de GHT, disposant de la personnalité morale, peut-être un véhicule juridique adapté afin d'accompagner des projets d'investissements territoriaux tout en préservant l'autonomie et les intérêts de chacun.

Enfin, le métier du directeur des finances peut être profondément impacté par la dimension multi-sites que peut créer une fonction finances partagée. Dans ce cadre, des évolutions de la formation initiale dispensée à l'EHESP seront nécessaires.

Bibliographie

Ouvrages

- GROLIER J., Comptabilité, analyse et gestion financières des établissements soumis à l'EPRD, Instruction M21 Version 2014, Presses de l'EHESP.

Articles de périodiques, revues

- DE DARAN G., « Directeur des finances : un métier en mutation », Finances Hospitalières, n°111, Mars 2017.
- NORDMANN J-P, « La gouvernance des GHT en 2019 », Gestion Hospitalière, n°581, décembre 2018.
- DELNATTE J-C., « le régime budgétaire et comptable applicable au groupement hospitalier de territoire : un cadre encore perfectible », Finances hospitalières, n°113, Mai 2017.
- SOLIVERI P., « Les investissements et leur financement dans le cadre des GHT », Finances hospitalières, n°119, Décembre 2017.
- DELNATTE J-C, « GHT et solidarité de trésorerie », Finances hospitalières, n°99, Février 2016.
- OLIVIER E., « une opportunité pour repositionner le contrôle de gestion en aide au pilotage de la stratégie de groupe », Finances hospitalières, n°113, mai 2017.
- AMRI K., BENSIMON J., « La fiabilisation et certification des comptes à l'hôpital : un cadre favorable pour améliorer et optimiser ses charges sociales et fiscales », Finances hospitalières, n°119, décembre 2017.
- PEGEOT V., BARRE HOUDART S., « GCS du GHT Léman Mont Blanc : un exemple de mutualisation des investissements et de fonctions opérationnelles au niveau d'un territoire », Finances hospitalières, n°119, Décembre 2017.
- GEY-COUE M., « Le GCS n'est pas mort, vive le GCS », Gestion Hospitalière, n°563, février 2017.

Etudes, rapports, guides

- HUBERT J. et MARTINEAUF., Rapport final de mission Groupement Hospitalier de Territoires, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, février 2016.
- HUBERT J. et MARTINEAUF., Rapport intermédiaire de mission Groupement Hospitalier de Territoires, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, février 2016.
- Direction Générale de l'Offre de Soins, Vade-mecum GHT : 15 points clés, Guide GHT mode d'emploi – 26 Mai 2016.
- Direction Générale de l'Offre de Soins, guide méthodologique : stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT, juillet 2016.
- Direction Générale de l'Offre de Soins, modèle de règlement DIM, avril 2017
- Diaporama de la Direction Générale de l'Offre de Soins, « *GHT-Evolutions des règles budgétaires et comptables* », novembre 2016.
- IGAS, « *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* », par C DAGORN, D GIORGI, A MEUNIER, décembre 2019.
- PRIBILE P., NABET N., « *Repenser l'organisation territoriale des soins* », Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2018
- Rapport Chambre Régionale des Comptes des Pays de la Loire, Centre Hospitalier Départemental de Vendée, Exercices 2012 et suivants.
- Direction Générale de l'Offre de Soins, Guide d'organisation du DIM de territoire, 2017.
- DURAND C., « Développer un tableau de bord de pilotage stratégique et financier des GHT : présentation de la démarche en Région Pays de la Loire », Septembre 2017, Filière DH.
- TRICHEUX F., « La mise en place du nouveau compte de résultat prévisionnel annexe G : un levier d'intégration pour les GHT ? », Octobre 2017, Filière DH.

Sites internet, ressources en ligne

- Direction Générales des Finances Publiques, Groupe de travail métier du 15 novembre 2017 – Fiche n°1 – la mise en place des GHT, http://financespubliques.cgt.fr/sites/default/files/gt_20171115_actu_eps_-_fiche_1_gh_t_v3-4_dg.pdf, document consulté le 23/07/2020 à 18h15.
- BARRE HOUDART S., « *Hôpitaux : A quelles conditions mutualiser les trésoreries et les investissements* », note du cabinet HOUDART du 24 septembre 2019.

Sources législatives, réglementaires et jurisprudentielles

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite Loi de modernisation de notre système de santé.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Arrêté du 23 novembre 2016 modifiant les arrêtés du 16 juin 2014 et du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé.
- Arrêté du 6 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3.
- Instruction ministérielle DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.
- Avis préalable du CNoCP relatif aux modalités de comptabilisation des opérations d'investissements réalisées dans le cadre des GHT, 4 juillet 2016.

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire « la fonction finances au sein des GHT, l'intégration est-elle possible ? » diffusé aux 135 GHT

Annexe 2 : Liste des établissements ayant répondu au questionnaire

Annexe 3 : Résultats du questionnaire

Annexe 4 : Liste des entretiens effectués dans le cadre de l'élargissement de l'étude

Annexe 5 : Etude du taux de charges inscrites au budget G – Données disponibles sur Diamant

Annexe 6 : Organigramme de la direction des finances de territoire du GHT de l'Artois

Annexe 7 : Exemple de gouvernance d'un projet du GCS du GHT Léman Mont Blanc – Le projet d'acquisition du logiciel PMSI du GHT

Annexe 1 : Questionnaire « la fonction finances au sein des GHT, l'intégration est-elle possible ? »
diffusé aux 135 GHT

Mémoire EDH : La fonction finances au sein des GHT, l'intégration est-elle possible ?
Questionnaire adressé aux établissements supports de GHT

Informations générales

Nom de votre GHT :

Vos coordonnées (réponse non obligatoire) :

Si l'une de vos réponses m'interpelle, accepteriez-vous que je prenne contact par mail avec vous ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

Si oui, est-ce dans le cadre :

- D'une fusion
- D'une direction commune
- D'un organigramme commun de direction
- Autre, précisez

Certains aspects de la politique financière sont-ils mutualisés ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

Texte libre

Si oui, disposez-vous d'un logiciel de gestion financière commun :

- Oui
- Non.

Thème n°1 : le budget G

Un budget G a été créé ?

- Oui
- Non

Si oui, votre budget G prend en compte les opérations suivantes :

- La fonction achats
- Le Système d'Information Hospitalier (SIH)
- Le Département de l'Information Médicale (DIM)
- Le plan de formation / le Développement Professionnel Continu (DPC)
- La coordination des écoles / Les instituts de formation

- Les équipes médicales gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties / mise en place de pôles inter-établissement
- Les activités d'imagerie
- Les activités de biologie
- Les activités de pharmacie
- Autre, précisez

Votre budget G retrace :

- Uniquement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties
- D'autres charges non liées directement au pilotage de la fonction concernée
(Précisez :)
- Les recettes liées à l'activité
- Autre, précisez

La contribution de chaque membre est définie dans le budget G :

- A l'aide de la clé de répartition nationale fixée par arrêté ministériel pour toutes les fonctions
- A l'aide de la clé de répartition nationale pour les fonctions assurées de plein droit par l'établissement support (SIH, DIM, Achats, Coordination des écoles/instituts et DPC) et d'une clé déterminée par le comité stratégique pour les autres fonctions (imagerie, biologie, équipes médicales communes, pôles inter-établissements)
- Autre, précisez

Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation du budget G ?

Texte libre

Thème n°2 : l'investissement

Des investissements en commun ont-ils été engagés ?

- Oui
- Non

Si oui, comment s'est déroulé le financement de ces investissements ?

- Chaque établissement a effectué, de son côté, l'investissement concerné (une facture par établissement)
- L'investissement a été réalisé par l'établissement support puis a été refacturé aux établissements par l'intermédiaire du budget G et à l'aide de la clé de répartition nationale
- L'investissement a été réalisé par l'établissement support puis a été refacturé aux établissements par l'intermédiaire du budget G et à l'aide d'une clé de répartition ad hoc
- L'investissement est réalisé par une structure tierce du type GCS
- Autre, précisez

Avez-vous un PPI et un PGFP de territoire ?

- Oui
- Non, ce n'est pas envisagé
- Non mais cela est envisagé

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en œuvre d'une politique d'investissement territoriale ?

Texte libre

Thème n°3 : le DIM de territoire

Le DIM commun au GHT est-il opérationnel ?

- Oui
- Non

Si oui, le DIM de territoire est chargé de :

- Valider les données PMSI du territoire
- Mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage entre les établissements du GHT
- Produire une analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble du GHT en lien avec la communauté médicale
- Participer à la prévision des recettes dans le cadre des EPRD des établissements du GHT
- Elaborer des outils de reporting / Tableau de bord médico-économique ?
- Contribuer à la recherche clinique sur le territoire
- Autre, précisez

Si oui, quel est le type d'organisation choisie ?

- Une organisation de coordination : le DIM assure une fonction de pilotage et de synthèse des différents travaux menés par les équipes au sein des établissements
- Une organisation basée sur la transversalité : le DIM identifie des ressources dont les missions sont transversales à l'ensemble des établissements du GHT (analyse d'activité sur l'ensemble du GHT par exemple)
- Autre, précisez

Si oui, envisagez-vous de créer un entrepôt de données santé :

- Oui
- Non

Si oui, envisagez-vous de créer un pôle inter-établissement :

- Oui
- Non

Si oui, le médecin DIM de territoire participe :

- Au comité stratégique du groupement
- Au collège médical du groupement
- A la commission médicale d'établissement des établissements du GHT
- Autre, précisez

Si oui, le système d'information est-il commun (logiciel de reporting d'activité, d'aide au codage,...) ?

- Oui
- Non

Si non, quelles difficultés rencontrez-vous (plusieurs choix possibles) ?

Texte libre

Thème n°4 : La comptabilité analytique

Avez-vous identifié une « cellule » contrôle de gestion de territoire ?

- Oui
- Non, ce n'est pas envisagé
- Non, mais cela est envisagé

Si oui, les missions de cette cellule contrôle de gestion reposent sur

(plusieurs choix possibles) :

- La réalisation d'études médico-économiques concernant les projets de territoire
- L'élaboration de tableaux de bord.

Si oui, quels grands indicateurs sont suivis ?

La réalisation de CREA pour l'ensemble des établissements (=méthode commune)

- Autre, précisez

Si non, quelles sont, selon vous, les difficultés à la mise en œuvre d'un contrôle de gestion de territoire ?

Texte libre

Thème n°5 : la solidarité financière

Avez-vous mis en œuvre un système de gestion centralisée de la trésorerie ?

- Oui
- Non, ce n'est pas envisagé
- Non, mais cela est envisagé

Fin du questionnaire : Avez-vous des remarques / points que vous souhaitez aborder ?

Texte libre

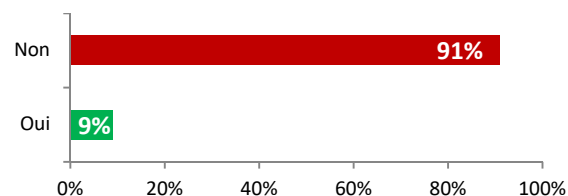
Annexe 2 : Liste des établissements ayant répondu au questionnaire « la fonction finances au sein des GHT, l'intégration est-elle possible ? »

Nom du GHT	Nom de l'établissement support	Département	Région
1 GHT Léman Mont Blanc	CH Alpes Léman	74 - Haute Savoie	Auvergne Rhône Alpes
2 GHT Drôme Vercors Vivarais	CH de Valence	26 - Drôme	Auvergne Rhône Alpes
3 GHT Savoie Belley	CH Métropole Savoie	73 - Savoie	Auvergne Rhône Alpes
4 GHT Sud Drôme Ardèche	CH de Montélimar	26 - Drôme	Auvergne Rhône Alpes
5 GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes	CH de Villefranche sur Saône	69 - Rhône	Auvergne Rhône Alpes
6 GHT Bresse Haut-Bugey	CH Bourg en Bresse	01 - Ain	Auvergne Rhône Alpes
7 GHT Rhône Centre	Hospices civils de Lyon	69 - Rhône	Auvergne Rhône Alpes
8 GHT Nord Franche-Comté	CHRU Besançon	25 - Doubs	Bourgogne-Franche-Comté.
9 GHT Bourgogne Méridionale	CH Mâcon	71 - Saône-et-Loire	Bourgogne-Franche-Comté.
10 GHT Bretagne Occidentale	CHRU Brest	29 - Finistère	Bretagne
11 GHT Brocéliande Atlantique	CH Bretagne Atlantique	56 - Morbihan	Bretagne
12 GHT sud Bretagne	CH Bretagne Sud	56 - Morbihan	Bretagne
13 GHT Armor	CH de Saint Brieuc	22 - Côtes d'Armor	Bretagne
14 GHT de l'Indre	CH de Chateauroux	36 - Indre	Centre Val de Loire
15 GHT du Cher	CH de Bourges	18 - Cher	Centre Val de Loire
16 GHT Touraine Val de Loire	CHU de Tours	37 - Indre et Loire	Centre Val de Loire
17 GHT 11 Centre Alsace	Hôpitaux Civils de Colmar	68 - Haut Rhin	Grand Est
18 GHT Oise Nord-Est	CH Intercommunal Compiègne Noyon	60 - Oise	Hauts de France
19 GHT Artois Ternois	CH d'Arras	62 - Pas de Calais	Hauts de France
20 GHT 94 Nord	Hôpitaux de Saint Maurice	94 - Val de Marne	Île-de-France
21 GHT des Hauts de Seine	CH des Quatre Villes	92 - Hauts-de-Seine	Île-de-France
22 GHT Plaine de France	CH de Saint Denis	93 - Seine Saint Denis	Île-de-France
23 Yvelines Nord	CHI Poissy Saint Germain	78 - Yvelines	Île-de-France
24 GHT Mont Saint Michel	CH de l'Estran	50 - Manche	Normandie
25 GHT Estuaire de la Seine	CH Le Havre	76 - Seine Maritime	Normandie
26 GHT Centre Manche	CH Mémorial de Saint Lo	50 - Manche	Normandie
27 GHT gériatrique du Cotentin	CH Public du Contentin	50 - Manche	Normandie
28 GHT des Landes	CH de Mont de Marsan	40 - Landes	Nouvelle Aquitaine
29 GHT Dordogne	CH de Périgueux	24 - Dordogne	Nouvelle Aquitaine
30 GHT Cévennes Gard Camargue	CHU Nîmes	30 - Gard	Occitanie
31 GHT Ouest-Hérault	CH de Béziers	34 - Hérault	Occitanie
32 Est Hérault - Sud Aveyron	CHU de Montpellier	34 - Hérault	Occitanie
33 GHT Lot	CH Jean Rougier Cahors	46 - Lot	Occitanie

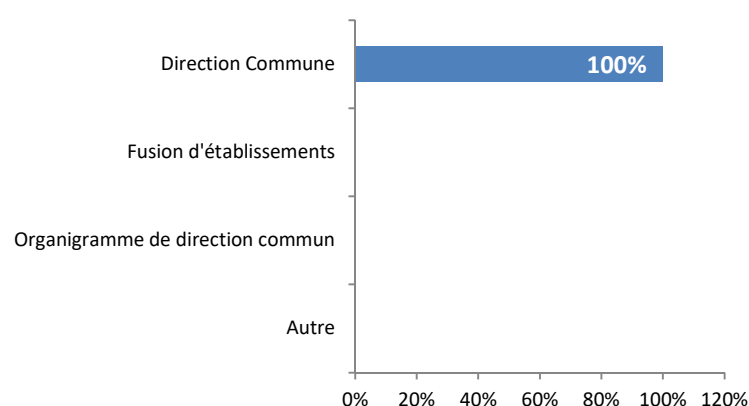
Annexe 3 : Résultats du questionnaire

Informations générales

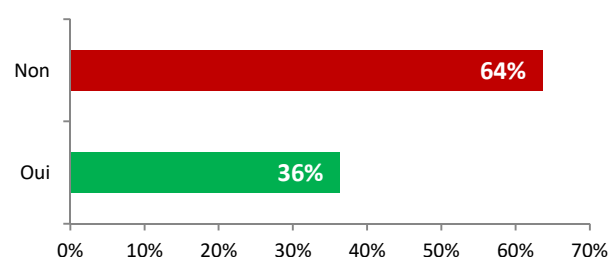
▲ **Une direction commune des finances a-t-elle été mise en place au sein de votre GHT? (33 répondants)**



▲ **Si oui, est-ce dans le cadre : (3 répondants)**



▲ **Certains aspects de la politique financière sont-ils mutualisés ? (33 Répondants)**



▲ **Si oui, Lesquels ? (12 répondants)**

Le « reporting » d'activité

La consultation bancaire pour les emprunts bancaires,

Les lignes de trésorerie ou renégociation de dette : 1 consultation au nom du GHT avec 1 lot par établissement concerné.

Les investissements,

L'expertise financière (gestion de la dette)

La veille juridique par l'établissement support

Le projet de système d'information décisionnel commun;

Quelques conseils demandés par les établissements périphériques au CHU

Les investissements

Quelques investissements communs (Système d'information)

Le suivi des structures Médico-sociales;
Le Contrôle de gestion et la comptabilité analytique

La politique d'investissements,
Le suivi budgétaire, PGFP en cours

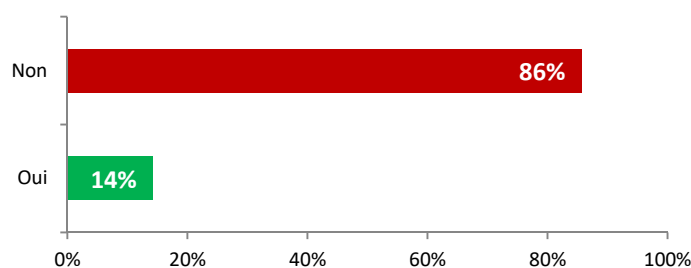
Une partie des investissements relatifs aux SI (dossier patient informatisé)

Les achats d'outils,
Le partage règlementaire des EPRD,
Le budget G (RH, achats GHT)

Les investissements communs sur le SIH- réseau d'infrastructure + projet HOP'EN

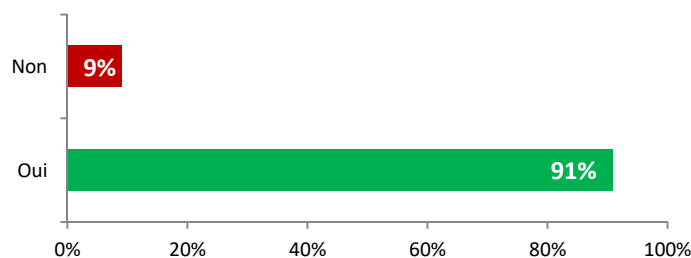
La présentation d'un PPI consolidé à l'ARS au niveau du GHT

▲ **Disposez-vous d'un logiciel commun de gestion financière ? (12 répondants)**

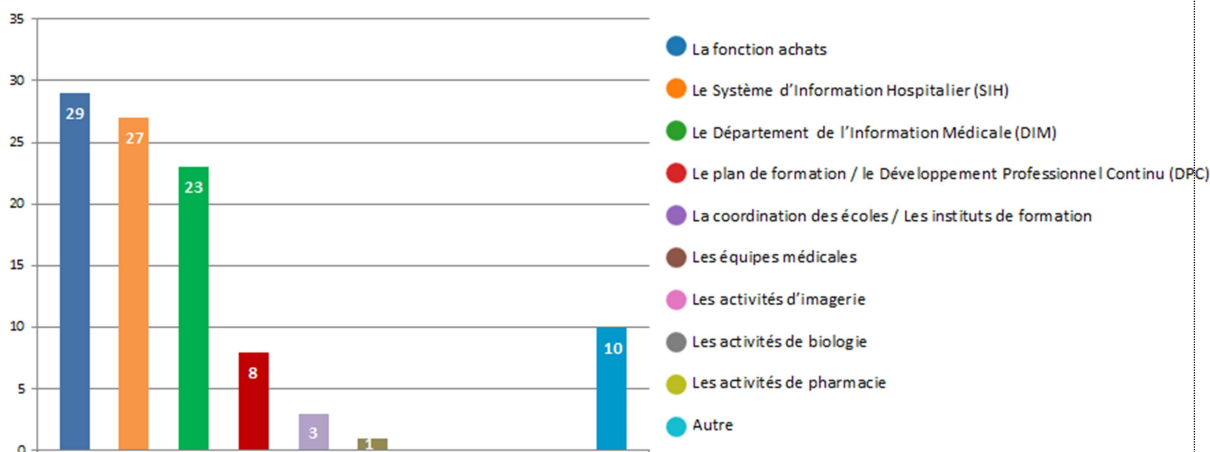


Thème n°1 : le budget G

▲ **Un budget G a été créé ? (33 répondants)**

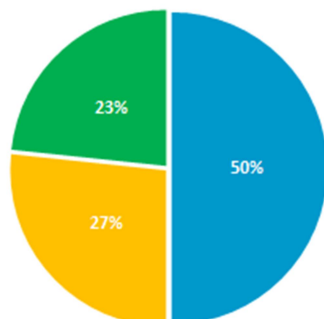


▲ **Votre budget G prend en compte les opérations suivantes : (30 répondants)**



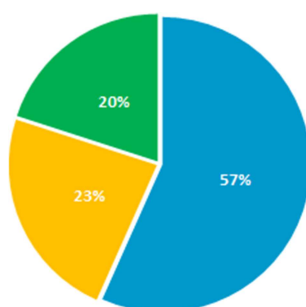
▲ **Votre budget G retrace** : (30 répondants)

- Uniquement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties
- L'ensemble des charges et des recettes (recettes d'activité par exemple) liées à la fonction mutualisée
- Autre



▲ **La contribution de chaque membre est définie dans le budget G** : (30 répondants)

- A l'aide de la clé de répartition nationale fixée par arrêté ministériel pour toutes les fonctions
- A l'aide de la clé de répartition nationale pour les fonctions assurées de plein droit par l'établissement support et d'une clé déterminée par le comité stratégique pour les autres fonctions
- Autre organisation



▲ **Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation du budget G ?** (25 répondants)

Problème pour les dépenses ne concernant que certains établissements du GHT

Ecritures spécifiques sur les investissements communs

L'excès ou l'insuffisance de contribution de l'année N se traite en N+1, ce qui rend peu lisible le compte de résultat G.

Notre GHT est atypique (2 établissements : Hôpital Nord Franche-Comté et Centre Hospitalier de Longue Durée du Chênois) dont le premier est un établissement MCO alors que le second est un établissement USLD/EHPAD et devrait- en toute logique - avoir été intégré depuis longtemps comme budget annexe de l'établissement MCO, or pour des raisons historique mais également du fait de sa taille importante, cela n'a pas encore été mis en œuvre. D'où l'absence d'intérêt de créer un budget G.

Le budget G est d'une grande complexité. D'une part, les établissements remettent systématiquement en compte les dépenses inscrites au budget G (il faudrait que l'établissement support assure ce pilotage et les missions communes gracieusement). Les clefs à la carte en fonction des établissements concernés deviennent également difficiles à gérer compte tenu de la montée en charge du budget G et du nombre de factures que cela représente. Les entreprises voient un intérêt à ne facturer leurs dépenses qu'auprès de l'établissement support (interlocuteur

et facture uniques) mais cela la charge de travail se répercute sur la DAF dont les effectifs n'ont pas évolué.

Périmètres différentiels, comprenant parfois tous les établissements parfois seulement quelques-uns

Il est difficile de mettre en œuvre des clés de répartition réellement équitables, du fait de l'hétérogénéité des établissements membres du GHT (CH de tailles variables, EPSM, EHPAD)

Difficultés pour les établissements à dominante médico-sociale de participer au financement du budget G

Actuellement, pas de véritables difficultés.

Quotités mises à disposition, donc financées sur le budget G, au titre des fonctions mutualisées. Inscription d'une dépense relative au DIM de territoire par rapport à l'effectivité de ses travaux. Diverses questions de réalisation ou non de tel projet inscrit au budget G, le cas échéant avec un financement dédié de l'ARS type AAP.

Aspect "politique" de la gestion du Budget, auquel participent plusieurs établissements. Question notamment de l'imputation au Budget G des agents des fonctions mutualisées (fonction achat pour notre GHT) et de la dé-corrélation entre les dépenses transférées au G et la contribution de l'établissement : conduit à faire de l'épicerie + temps de gestion important pour un budget modeste

Bien évaluer les quotités de temps RH ; beaucoup de flux financiers entrants et sortants donc surcharge pour el CH support

La détermination des quotes-parts de temps des personnels affectés sur le budget G

Le budget G recueille en plus du GHT certaines activités (dépenses et recettes) du SIH qui ne sont pas mutualisés entre tous les membres mais seulement entre quelques-uns et qui fait l'objet d'une facturation entre ces établissements en parallèle des fonctions support qui sont facturés selon la clé de répartition réglementaire

Difficile de positionner des investissements sur le budget G

Complexité de multiplier les clés de répartition lorsque l'on intègre de nouvelles équipes/missions dans le budget G qui ne touchent pas au même niveau les établissements parties

Peu d'intérêt au regard de notre GHT très particulier : 1 CH support et des EHPAD. On fait bénéficier de la fonction achat aux adhérents, mais pas de surcout, donc pas de refacturation.

L'inadaptation de la clef de répartition qui majore la part du CHU ex : la seule augmentation des molécules onéreuses (en sus ou ATU) va représenter l'équivalent du poids de certains petits établissements. Pour corriger ce défaut, nous envisageons pour 2021 de faire figurer l'ensemble de la direction des achats et non la seule part liée au GHT, le chu en prenant de toute façon 78% à sa charge

- les écueils des budgets annexes en général, notamment les questions de refacturation entre budgets au sein d'un même établissement,

- une utilisation qui manque de souplesse, comme en témoigne la rigidité de la clé de répartition règlementaire qui devrait pourtant s'adapter à chaque type de dépenses. D'où les initiatives de certains d'en passer par d'autres formes de coopération (GCS?)

Rigidité très forte de la clé. Difficulté d'avoir les éléments. Lourdeur de gestion sur la question des mises à disposition.

Lourdeur administrative (Gestion des MAD notamment, identification des marchés communs...)

Difficulté de suivi et de respect des affectations par les autres directions

Difficulté d'appréhension pour comprendre la différence entre budget G et charges de direction commune

Lourdeur pour la gestion des amortissements

Une extrême difficulté:

- d'avoir une visibilité sur les dépenses à venir pour élaborer l'EPRD,
- dans les suivis des appels à projets et réalisation des PMT,
- avoir un accord collectif des DG pour intégrer les charges constatées ou charges à venir
- suivre les affectations réelles du personnel mobilisé au sein du GHT
- retour d'information des établissements et de chefs du projet

- mécanisme de refacturation entre établissements/gestion sur l'affectation des recettes contrat hospitalisation de territoire dédié à certains établissements.

- impact trésorerie pour l'établissement support car difficultés des établissements à rembourser les charges du budget G

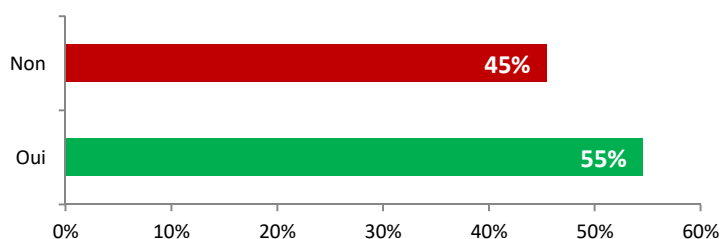
Définition du périmètre

1) discussions de marchands de tapis des établissements membres pour calculer les temps passés sur les fonctions mutualisées du SIH et sur les achats ainsi que sur les règles d'amortissements des investissements commun alors que l'établissement support représente 97% du total!

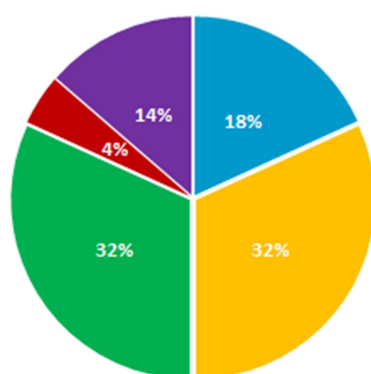
2) remise en cause de la lourdeur et la dépossession des choix de la fonction achat mutualisée alors que le bénéfice économique du regroupement des achats (effet prix) est largement supérieur en gain au cout de fonctionnement mutualisé de la fonction à la charge des établissements membres

Thème n°2 : l'investissement

▲ Des investissements en commun ont-ils été engagés ? (33 répondants)

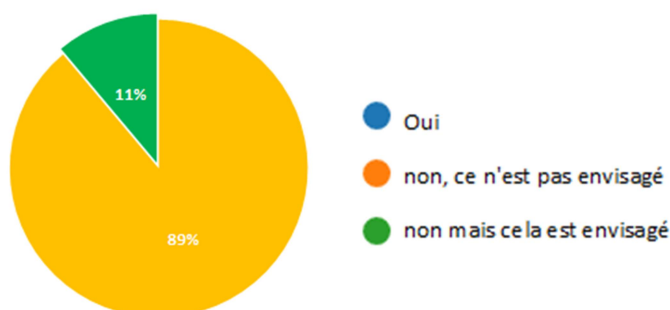


▲ Comment s'est déroulé le financement de ces investissements ? (18 répondants)



- Chaque établissement a effectué, de son côté, l'investissement concerné (une facture par établissement)
- L'investissement réalisé par l'établissement support a été refacturé à l'aide de la clé nationale
- L'investissement réalisé par l'établissement support a été refacturé aux établissements à l'aide d'une clé ad hoc
- L'investissement est réalisé par une structure tierce du type GCS
- Autre

▲ Avez-vous un PPI et un PGFP de territoire ? (18 répondants)



▲ Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en œuvre d'une politique d'investissement territoriale ? (23 répondants)

Une concurrence entre 2 établissements publics MCO n'étant pas en direction commune.

La gestion de projet est une difficulté ; les règles comptables semblent claires en la matière.

Capacités d'investissement distinctes en fonction des établissements et priorités qui diffèrent ainsi qu'une gestion des refacturations difficile et lourde pour l'établissement support

Pas de sujet pour le moment à part sur la fonction SIH

La CAF de certains établissements est trop faible : si on mutualise, les riches payent pour les pauvres, sans contrepartie possible.

Notre GHT est très particulier puisqu'elle regroupe un groupe hospitalier issu de la fusion des quatre centres hospitaliers du territoire et un EPSM. Les sujets territoriaux d'investissements sont donc modestes.

Résistance d'établissements

Nous avons jusqu'à présent considéré que la composition du GHT (le CH support, un hôpital local, des EHPAD et un IMPRO) ne justifiait pas de travailler prioritairement sur un PPI et un PGFP de territoire.

Absence de véritable projet médical de territoire.

La différence de niveau des trésoreries

pas de mutualisation des équipes, pas de fusion à ce jour.

la stratégie relève de chaque établissement, compte tenu notamment de ses difficultés financières et/ou de trésorerie et compte tenu des cycles d'investissement qui n'en sont pas au même niveau

Bien comprendre les règles et les possibilités comptables

Rapprocher les politiques et projets d'investissement des établissements : ce n'est pas du tout le cas pour l'instant et cela supposerait un niveau d'intégration beaucoup plus conséquent

La situation catastrophique (le mot n'est pas trop fort) de certains membres

Le GHT, comme le budget G, ne paraît pas "pensé" en l'état actuel de la réglementation comme permettant de porter des investissements communs. La disposition de subventions d'exploitation liés au programme HOP'EN par exemple pose de nombreuses difficultés en termes de répartition des immobilisations entre établissements et partant de répartition des amortissements, d'acquisitions pour le compte d'autrui etc.

En cours de réalisation, l'opération a été simplement retardée par la crise COVID

Mise en œuvre de restructurations d'ampleur pour les 2 établissements à venir : priorisation à faire et valider par les 2 CME notamment

Le sujet n'a jamais été abordé car encore beaucoup de difficultés déjà sur le cycle d'exploitation

Etablissements parties sur le territoire en IAF

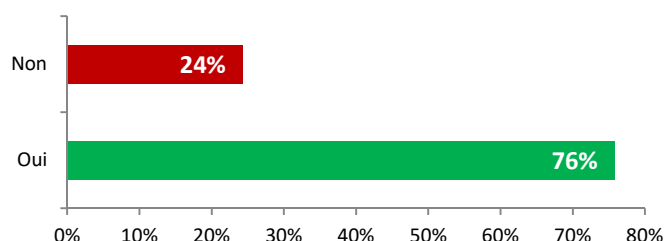
L'un des deux établissements est sous COPERMO, mais tentative de politique commune SIH

Pas de problème sur le choix de la clef de répartition = usage problème sur la coordination de la politique d'amortissement avec nécessaire consolidation des comptes entre les membres (contribution en capital amortissable) et l'établissement support (amortissement du bien)

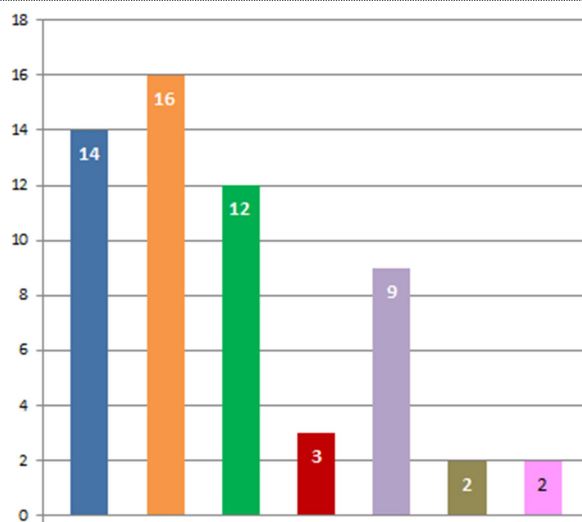
Absence de tableau de financement propre du budget G donc les investissements pèsent nécessairement sur l'établissement support

Thème n°3 : le DIM de territoire

▲ Le DIM commun au GHT est-il opérationnel ? (33 répondants)



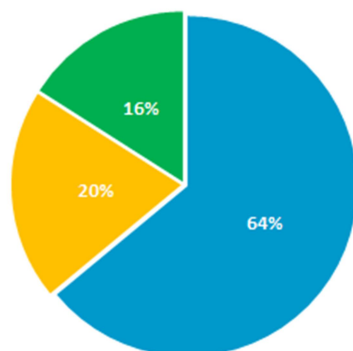
▲ Votre DIM de territoire est chargé de : (25 répondants)



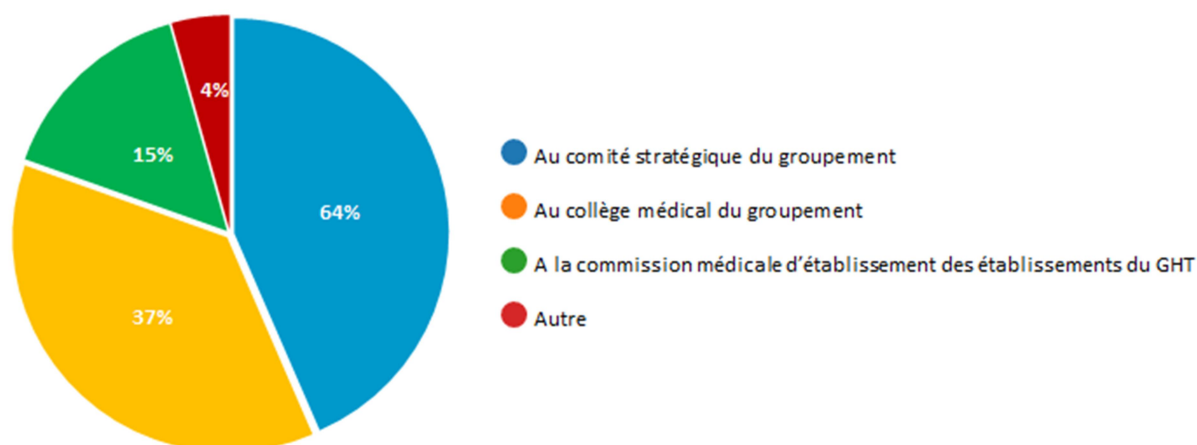
- Valider les données PMSI du territoire
- Mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage entre les établissements du GHT
- Produire une analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble du GHT en lien avec la communauté médicale
- Participer à la prévision des recettes dans le cadre des EPRD des établissements du GHT
- Elaborer des outils de reporting / Tableau de bord médico-économique
- Contribuer à la recherche clinique sur le territoire
- Autres

▲ Comment est organisé votre DIM de territoire ? (25 répondants)

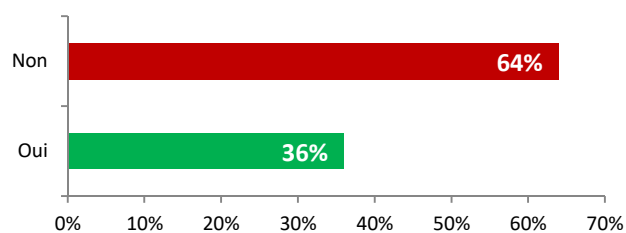
- Une organisation de coordination : le DIM assure une fonction de pilotage et de synthèse des différents travaux menés par les équipes au sein des établissements
- Une organisation basée sur la transversalité : le DIM identifie des ressources dont les missions sont transversales à l'ensemble des établissements du GHT (analyse d'activité sur l'ensemble du GHT par exemple)
- Autre



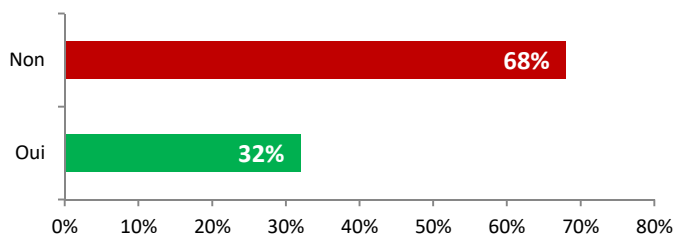
▲ **Le médecin DIM de territoire participe :** (25 répondants)



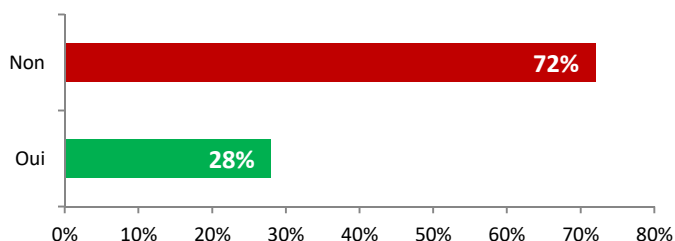
▲ **Le système d'information relatif aux activités des médecins DIM est-il commun (logiciel de reporting d'activité, d'aide au codage,...) ?** (25 répondants)



▲ **Envisagez-vous de créer un entrepôt de données santé ?** (25 répondants)



▲ **Envisagez-vous de créer un pôle inter-établissement ?** (25 répondants)

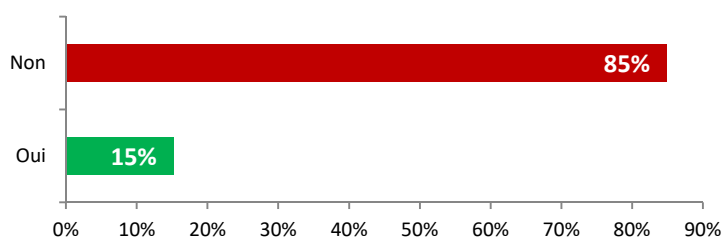


▲ **Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place du DIM de territoire ?**
(21 répondants)

Autonomie des établissements parties
Le DIM de territoire assure simplement une coordination entre les DIM existants.
Refus de mutualisation des TIM
Un DIM de GHT est nommé mais veille uniquement à avoir une politique de codage commune.
Cf. Explications fournies supra, le second établissement du GHT n'a pas vocation à avoir un DIM du fait de son activité USLD/EHPAD.
Pénurie de compétences (médecin DIM) et enjeux différents en fonction des établissements (tailles très différentes)
Absence de convergence du DPI. Manque de temps.
La constitution d'un DIM territorial est difficile avec l'EPSM du fait du particularisme des activités de psychiatrie. Pour les autres sites, la fusion a réglé la question.
Pas de difficultés compte-tenu du périmètre restreint pour le DIM (en sus du CH support, 1 seul établissement concerné et avec une activité uniquement SSR).
Aucune
manque de médecine DIM
Absence de convergence du DPI
Pour l'instant il s'agit d'une simple fonction de coordination très limitée, y compris sur le plan des analyses territoriales
La convergence SI est en cours
Pas d'enjeux DIM pour les ehpad
Convergence vers un dpi commun en cours mais souhait d'autonomie de certains acteurs
Problème de coordination entre deux anciens médecins DIM
En attente du déploiement de la GEF/GAP commune et DPI sur l'établissement support pour avoir un SI relatif aux activités des médecins DIM commun
En attente du départ à la retraite du DIM de l'établissement support (qui n'est pas le DIM de territoire) pour élaborer des outils de pilotage plus performants, améliorer le soutien aux équipes médicales, améliorer l'analyse des données et l'associer à la prévision des recettes
Absence collaboration du DIM
convergence en cours du DPI et outils de PMSI
autonomie juridique des établissements, politique commune ne signifie pas autorité juridique commune en l'absence de fusion
Temps de médecin DIM sur l'activité de psychiatrie à transversaliser

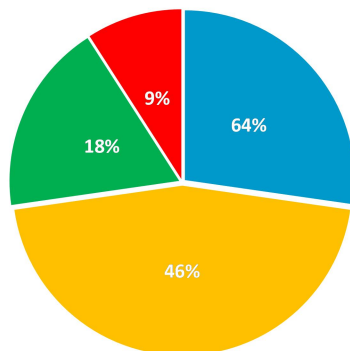
Thème n°4 : La comptabilité analytique

▲ **Avez-vous identifié une « cellule » contrôle de gestion de territoire ?** (33 répondants)



▲ **Les missions de cette cellule contrôle de gestion reposent sur : (5 répondants)**

- La réalisation d'études médico-économiques concernant les projets de territoire
- L'élaboration de tableaux de bord
- La réalisation de CREA pour l'ensemble des établissements (=méthode commune)
- Autres missions, précisez au point suivant



▲ Quelles sont, selon vous, les difficultés dans la mise en œuvre d'un contrôle de gestion de territoire ? (20 répondants)

Pas de souhait exprimé d'une politique financière mutualisée

Le manque de ressources pour engager une "mise à niveau" homogène de la comptabilité analytique (FICOM, règles du RTC...).

Utilisation d'outils différents (Maincare, AGFA...)

Taille d'établissements très différentes => objectifs divers de la comptabilité analytique

Harmonisation des pratiques / fichier structure

C'est en cours sur l'aspect SI décisionnel

Mêmes si les logiciels administratifs sont les mêmes, les pratiques sont encore trop différentes pour permettre une agrégation facile et rapide des données des différents établissements.

Disposer d'un contrôle de gestion territorial (ie d'une fonction groupe) suppose un niveau d'intégration assez fort de la gouvernance et une acceptation des établissements. Le risque est grand sinon de ne disposer que d'une structure essentiellement cosmétique.

Résistance des établissements

Pas opportun aujourd'hui pour notre GHT.

Pour quelle finalité ?

Sujet non abordé pour le moment (car moins prioritaire que les fonctions achats ou SI, ou que la mise en place du projet médical de territoire)

L'avancée de la comptabilité analytique n'est pas la même selon la taille des CH

Aucun point commune entre les indicateurs de suivi d'un CHU par service avec 7 laboratoires par ex et un hôpital local avec une activité majoritairement SSR et EHPAD

Il faudrait une volonté d'intégration des établissements qui ne correspond pas au fonctionnement/projet actuel
Les systèmes d'informations sur la GAM et la GEF sont totalement différents

Méthodes communes et calendrier commun

Fonction CDG mutualisée

Consolidation des comptes

Charges indirectes et de structures propres à chaque EPS.

Niveaux d'avancement et de maturité très variables, moyens très réduits dans certains établissements qui obligeraient le CHU à pallier sur ses propres moyens toutes les insuffisances. Aucune demande franche des autres établissements

Très faible une fois que le SI est commun. Pour l'instant manque le PSY dans les TdB car pas même outils

Ressources pour l'instant trop rares sur l'établissement-support

Pour notre GHT :

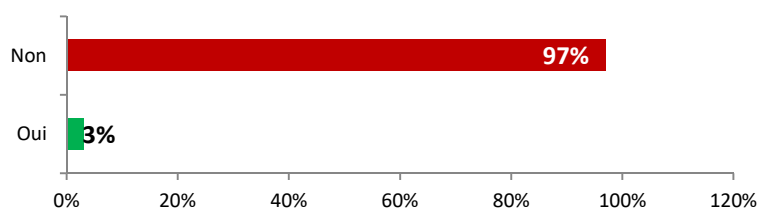
- retard d'informatisation de l'établissement support
- pallie le DIM de l'établissement support
- en attente de la finalisation de la mise en place du CDG achats et RH de territoire

Travail de fond nécessaire en amont : fichier structure de même périmètre, fiabilisation des données homogène, méthodes de coûts harmonisées..

Thème n°5 : la solidarité financière

▲ Avez-vous mis en œuvre un système de gestion centralisée de la trésorerie ?

(33 répondants)



Annexe 4 : Liste des entretiens effectués dans le cadre de l'élargissement de l'étude

<i>Nom</i>	<i>Structure / établissement</i>	<i>Fonction</i>	<i>Date de l'entretien</i>
Didier GUIDONI	Ministère des solidarités et de la santé	Membre de la « task force » de la réforme de financement du système de santé	Jeudi 07 Mai 2020 14h Durée : 40 min
Clémence MAINPIN	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)	Cheffe de projet ministériel sur les GHT	Jeudi 14 Mai 2020 16h Durée : 30 min
Claire LAURENT	Centre Hospitalier de Lens (62)	Directrice des finances	Jeudi 14 Mai 2020 10h Durée : 40 min
Erwan OLLIVIER	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)	Professeur à l'EHESP Expert Contrôleur de gestion	Lundi 18 Mai 2020 11h Durée : 35 min
Vincent DUPONT	Centre Hospitalier Départemental de Vendée (85)	Directeur des finances	Jeudi 27 Mai 2020 19h Durée : 1h00
Raphaël BECKER	ARS Auvergne Rhône-Alpes	Directeur Délégué Finance - performance	Jeudi 04 Juin 2020 14h00 Durée : 45 min
Vincent PEGEOT	Centre Hospitalier Alpes Léman (74)	Directeur des finances	Jeudi 02 juillet 2020 14h00 Durée : 1h30
Patrice BIECHLER	Centre Hospitalier Alpes Léman (74)	Médecin DIM de territoire	Vendredi 26 juin 8h00 Durée : 1h20

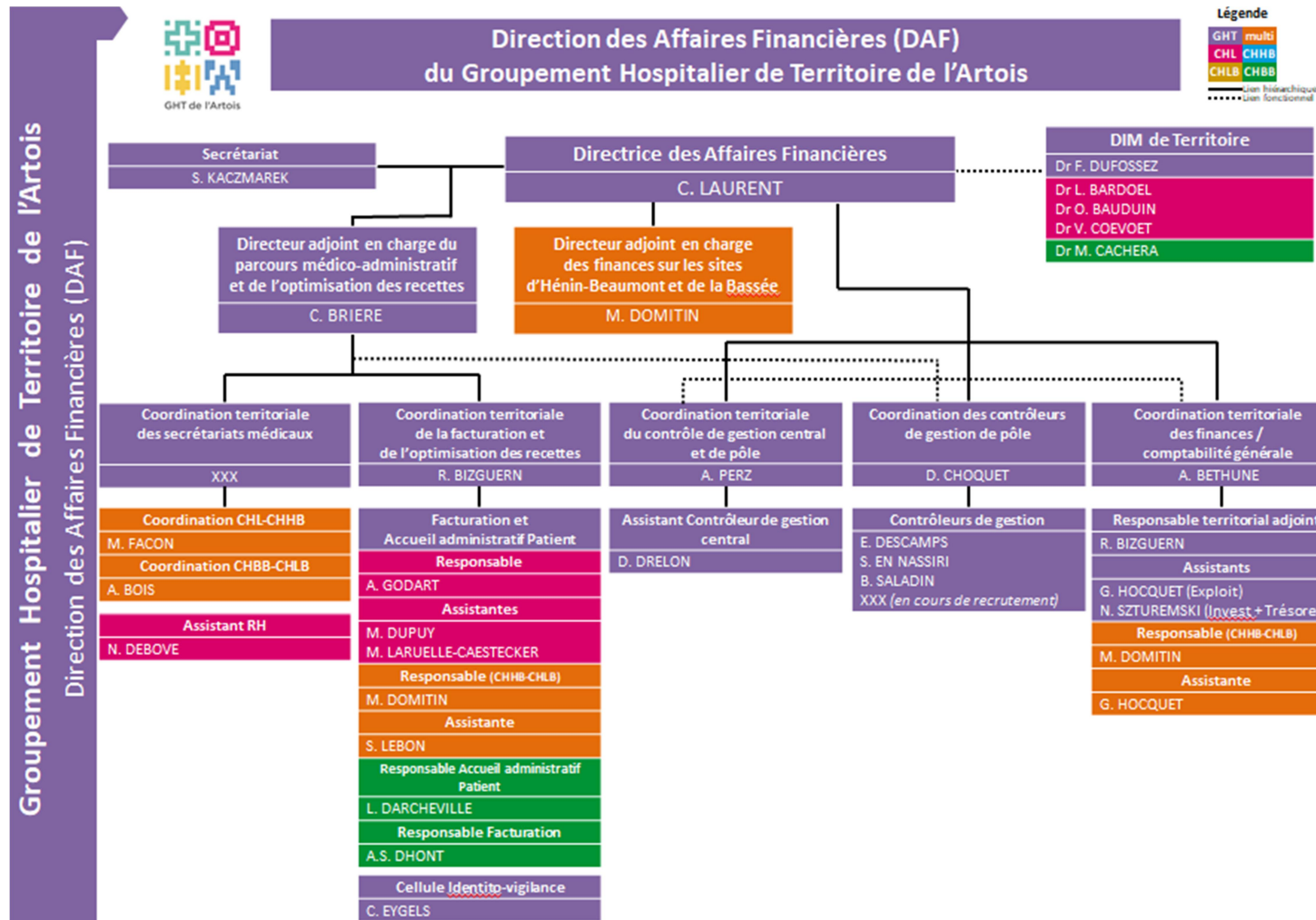
Annexe 5 : Etude du taux de charges inscrites au budget G – Données disponibles sur Diamant

Étiquettes de lignes	CR - CF (Annexes)	Étiquettes de lignes	CR - CF (Annexes)	CR - CF (H)	Taux d'inscription au budget G
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	-10 824 927,41€	Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	-934 029 489,00€	-6 758 875 759,88€	0,14%
⊗ BFC-03 - 21-52 Côte d'Or-Haute-Marne	0,00€	⊗ BFC-03 - 21-52 Côte d'Or-Haute-Marne	-26 206 022,08€	-104 522 346,10€	0,00%
⊗ GE-01 - Basse Alsace Sud Moselle	0,00€	⊗ GE-01 - Basse Alsace Sud Moselle	-142 044 258,36€	-1 480 273 751,20€	0,00%
⊗ GE-02 - Centre Alsace	0,00€	⊗ GE-02 - Centre Alsace	-104 339 468,15€	-428 318 634,93€	0,00%
⊗ GE-03 - Haute Alsace	-1 566 242,53€	⊗ GE-03 - Haute Alsace	-76 156 131,65€	-546 974 261,08€	0,25%
⊗ GE-04 - Nord Ardennes	0,00€	⊗ GE-04 - Nord Ardennes	-42 675 018,13€	-246 920 223,72€	0,00%
⊗ GE-05 - Champagne	-461 837,30€	⊗ GE-05 - Champagne	-120 784 942,61€	-764 197 759,09€	0,05%
⊗ GE-06 - Aube et Sézannais	-2 226 422,70€	⊗ GE-06 - Aube et Sézannais	-55 294 560,57€	-310 172 115,95€	0,61%
⊗ GE-07 - Moselle Est	-118 631,34€	⊗ GE-07 - Moselle Est	-14 540 452,61€	-259 234 421,67€	0,04%
⊗ GE-08 - Lorraine Nord	-151 567,26€	⊗ GE-08 - Lorraine Nord	-44 247 340,67€	-732 888 770,10€	0,02%
⊗ GE-09 - Marne Haute-Marne Meuse	-4 575 200,93€	⊗ GE-09 - Marne Haute-Marne Meuse	-78 884 411,05€	-370 862 776,20€	1,02%
⊗ GE-10 - Sud Lorraine	-1 688 651,28€	⊗ GE-10 - Sud Lorraine	-111 454 417,08€	-1 118 415 397,78€	0,14%
⊗ GE-11 - Vosges	-36 374,07€	⊗ GE-11 - Vosges	-104 516 048,44€	-392 454 185,46€	0,01%
⊗ ZZZ - Hors GHT	0,00€	⊗ ZZZ - Hors GHT	-12 886 417,60€	-3 641 116,60€	0,00%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	-9 448 824,42€	Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	-946 397 651,71€	-6 824 017 919,14€	0,12%
⊗ NA-01 - Charente	-1 142 847,03€	⊗ NA-01 - Charente	-92 805 950,94€	-360 887 758,15€	0,25%
⊗ NA-02 - Atlantique 17	-197 280,48€	⊗ NA-02 - Atlantique 17	-55 891 363,79€	-418 992 208,28€	0,04%
⊗ NA-03 - Saintonge	-1 077 259,85€	⊗ NA-03 - Saintonge	-51 138 395,91€	-318 627 638,24€	0,29%
⊗ NA-04 - Limousin	-609 609,30€	⊗ NA-04 - Limousin	-203 229 773,83€	-1 102 369 723,99€	0,05%
⊗ NA-05 - Dordogne	-1 279 229,97€	⊗ NA-05 - Dordogne	-103 126 213,82€	-385 429 698,01€	0,26%
⊗ NA-06 - Alliance de Gironde	-1 632 132,76€	⊗ NA-06 - Alliance de Gironde	-111 654 676,56€	-1 776 973 753,33€	0,09%
⊗ NA-07 - Landes	-999 349,11€	⊗ NA-07 - Landes	-45 326 933,56€	-347 895 476,42€	0,25%
⊗ NA-08 - Moyenne Garonne	-1 002 931,26€	⊗ NA-08 - Moyenne Garonne	-67 546 549,41€	-347 585 471,28€	0,24%
⊗ NA-09 - Navarre-Côte Basque	-55 710,50€	⊗ NA-09 - Navarre-Côte Basque	-22 564 550,26€	-294 747 033,01€	0,02%
⊗ NA-10 - Béarn-Soule	-420 551,96€	⊗ NA-10 - Béarn-Soule	-45 274 256,63€	-372 122 058,81€	0,10%
⊗ NA-11 - Deux Sèvres	-318 773,44€	⊗ NA-11 - Deux Sèvres	-53 904 925,37€	-375 951 779,96€	0,07%
⊗ NA-12 - Vienne	-713 148,76€	⊗ NA-12 - Vienne	-48 222 406,40€	-644 914 430,67€	0,10%
⊗ NA-13 - Vienne	0,00€	⊗ NA-13 - Vienne	-12 928 970,22€	-76 532 232,80€	0,00%
⊗ ZZZ - Hors GHT	0,00€	⊗ ZZZ - Hors GHT	-32 782 685,00€	-988 656,19€	0,00%
Auvergne-Rhône-Alpes	-14 374 679,01€	Auvergne-Rhône-Alpes	-1 160 260 405,37€	-8 699 065 560,60€	0,15%
⊗ ARA-01 - Allier Puy-de-Dôme	-776 911,15€	⊗ ARA-01 - Allier Puy-de-Dôme	-149 903 846,62€	-1 276 985 054,88€	0,05%
⊗ ARA-02 - Savoie Belley	-407 056,04€	⊗ ARA-02 - Savoie Belley	-76 322 179,95€	-573 396 847,56€	0,06%
⊗ ARA-03 - Bresse Haut-Bugey	-539 495,65€	⊗ ARA-03 - Bresse Haut-Bugey	-65 517 068,77€	-251 824 688,29€	0,17%
⊗ ARA-04 - Cantal	-332 122,23€	⊗ ARA-04 - Cantal	-37 827 970,52€	-195 056 526,03€	0,14%
⊗ ARA-05 - Alpes Dauphiné	-5 307 288,02€	⊗ ARA-05 - Alpes Dauphiné	-87 217 244,01€	-937 758 348,03€	0,52%
⊗ ARA-06 - Haute-Loire	-171 353,38€	⊗ ARA-06 - Haute-Loire	-36 248 431,64€	-172 666 333,21€	0,08%
⊗ ARA-07 - Léman Mont-Blanc	-806 607,93€	⊗ ARA-07 - Léman Mont-Blanc	-52 656 727,64€	-393 473 515,45€	0,18%
⊗ ARA-08 - Genevois Ancey Albanais	-235 380,55€	⊗ ARA-08 - Genevois Ancey Albanais	-42 599 527,19€	-381 447 748,03€	0,06%
⊗ ARA-09 - Loire	-2 246 918,55€	⊗ ARA-09 - Loire	-139 102 822,79€	-1 122 671 843,11€	0,18%
⊗ ARA-10 - Rhône centre	-976 461,60€	⊗ ARA-10 - Rhône centre	-91 234 545,29€	-1 880 447 558,68€	0,05%
⊗ ARA-11 - Nord Dauphiné	0,00€	⊗ ARA-11 - Nord Dauphiné	-37 229 993,44€	-167 622 591,85€	0,00%
⊗ ARA-12 - Rhône Nord Beaujolais Dombes	-1 078 962,18€	⊗ ARA-12 - Rhône Nord Beaujolais Dombes	-62 719 286,19€	-270 586 092,27€	0,32%
⊗ ARA-13 - val Rhône santé	-813 151,19€	⊗ ARA-13 - val Rhône santé	-39 770 771,81€	-157 086 262,79€	0,41%
⊗ ARA-14 - Rhône Vercors Vivarais	-469 452,29€	⊗ ARA-14 - Rhône Vercors Vivarais	-77 293 978,02€	-443 360 682,88€	0,09%
⊗ ARA-15 - Sud Drôme Ardèche	-213 518,25€	⊗ ARA-15 - Sud Drôme Ardèche	-97 124 461,65€	-270 351 469,08€	0,06%
⊗ ZZZ - Hors GHT	0,00€	⊗ ZZZ - Hors GHT	-67 491 549,84€	-204 329 998,46€	0,00%
Normandie	-5 813 076,62€	Normandie	-642 125 676,32€	-3 757 066 856,19€	0,13%
⊗ NOR-01 - Les Collines de Normandie	-144 487,28€	⊗ NOR-01 - Les Collines de Normandie	-31 593 449,12€	-149 211 426,83€	0,08%
⊗ NOR-02 - Orne-Perche-Saosnois	0,00€	⊗ NOR-02 - Orne-Perche-Saosnois	-47 729 643,81€	-185 105 638,39€	0,00%
⊗ NOR-03 - Cotentin	0,00€	⊗ NOR-03 - Cotentin	-17 679 092,72€	-170 011 282,07€	0,00%
⊗ NOR-04 - Caux Maritime	0,00€	⊗ NOR-04 - Caux Maritime	-36 839 376,73€	-136 943 739,62€	0,00%
⊗ NOR-05 - Centre Manche	-224 400,00€	⊗ NOR-05 - Centre Manche	-32 388 213,04€	-150 287 321,16€	0,12%
⊗ NOR-06 - Normandie Centre	-1 090 030,38€	⊗ NOR-06 - Normandie Centre	-109 862 471,01€	-942 608 645,40€	0,10%
⊗ NOR-07 - Rouen Cœur de Seine	-1 316 728,37€	⊗ NOR-07 - Rouen Cœur de Seine	-114 572 943,93€	-884 375 478,74€	0,13%
⊗ NOR-08 - Estuaire de la Seine	-1 592 180,36€	⊗ NOR-08 - Estuaire de la Seine	-69 871 522,82€	-456 904 815,35€	0,30%
⊗ NOR-09 - Val de Seine et Plateaux de l'Eure	-127 732,50€	⊗ NOR-09 - Val de Seine et Plateaux de l'Eure	-40 742 870,68€	-142 745 940,88€	0,07%
⊗ NOR-10 - Eure-Seine Pays d'Ouche	-560 874,99€	⊗ NOR-10 - Eure-Seine Pays d'Ouche	-77 931 465,79€	-372 165 163,85€	0,12%
⊗ NOR-11 - Groupe hospitalier Mont Saint Mich	-756 642,74€	⊗ NOR-11 - Groupe hospitalier Mont Saint Miche	-62 914 626,67€	-166 707 403,90€	0,33%
Bourgogne-Franche-Comté	-4 647 194,85€	Bourgogne-Franche-Comté	-665 579 267,83€	-3 609 312 240,13€	0,11%
⊗ BFC-01 - Saône-et-Loire-Bresse Morvan	-311 489,76€	⊗ BFC-01 - Saône-et-Loire-Bresse Morvan	-66 783 671,83€	-351 470 172,77€	0,07%
⊗ BFC-02 - Bourgogne méridionale	-407 364,47€	⊗ BFC-02 - Bourgogne méridionale	-63 215 918,87€	-265 861 903,62€	0,12%
⊗ BFC-03 - 21-52 Côte d'Or-Haute-Marne	-1 174 493,34€	⊗ BFC-03 - 21-52 Côte d'Or-Haute-Marne	-90 471 824,96€	-789 342 870,66€	0,13%
⊗ BFC-04 - Sud Yonne-Haut-Nivernais	-226 964,75€	⊗ BFC-04 - Sud Yonne-Haut-Nivernais	-33 079 787,44€	-269 298 650,04€	0,08%
⊗ BFC-05 - Nord Yonne	-81 122,48€	⊗ BFC-05 - Nord Yonne	-31 145 737,38€	-135 615 201,43€	0,05%
⊗ BFC-06 - Nièvre	-445 207,65€	⊗ BFC-06 - Nièvre	-68 553 195,51€	-245 162 783,88€	0,14%
⊗ BFC-07 - Centre Franche-Comté	-819 437,99€	⊗ BFC-07 - Centre Franche-Comté	-67 645 764,93€	-734 099 015,45€	0,10%
⊗ BFC-08 - Jura	-766 036,00€	⊗ BFC-08 - Jura	-51 493 457,37€	-156 925 830,21€	0,37%
⊗ BFC-09 - Nord Franche-Comté	0,00€	⊗ BFC-09 - Nord Franche-Comté	-10 153 105,15€	-317 747 359,83€	0,00%
⊗ BFC-10 - Psychiatrie Doubs-Jura	-148 324,10€	⊗ BFC-10 - Psychiatrie Doubs-Jura	-11 693 968,11€	-99 513 163,98€	0,13%
⊗ BFC-11 - Haute-Saône	-160 265,49€	⊗ BFC-11 - Haute-Saône	-43 968 423,05€	-167 422 163,85€	0,08%
⊗ BFC-12 - sud cote d'or	-106 488,82€	⊗ BFC-12 - sud cote d'or	-49 624 849,88€	-70 792 298,48€	0,09%
⊗ ZZZ - Hors GHT	0,00€	⊗ ZZZ - Hors GHT	-77 749 563,35€	-6 060 825,93€	0,00%

Bretagne	-10 224 249,94€	Bretagne	-652 462 413,40€	-3 773 705 492,40€	0,23%
Ⓢ BRE-01 - Bretagne Occidentale	-3 336 061,65€	Ⓢ BRE-01 - Bretagne Occidentale	-107 742 552,17€	-773 598 717,45€	0,38%
Ⓢ BRE-02 - Union hospitalière de Cornouaille	-478 458,78€	Ⓢ BRE-02 - Union hospitalière de Cornouaille	-49 193 421,57€	-388 299 946,75€	0,11%
Ⓢ BRE-03 - Groupe hospitalier Sud Bretagne	0,00€	Ⓢ BRE-03 - Groupe hospitalier Sud Bretagne	-57 440 460,19€	-350 763 284,53€	0,00%
Ⓢ BRE-04 - Brocéliande Atlantique	-1 458 913,21€	Ⓢ BRE-04 - Brocéliande Atlantique	-66 296 710,37€	-389 260 902,51€	0,32%
Ⓢ BRE-05 - Haute Bretagne	0,00€	Ⓢ BRE-05 - Haute Bretagne	-124 435 865,69€	-913 658 185,61€	0,00%
Ⓢ BRE-06 - Rance Émeraude	0,00€	Ⓢ BRE-06 - Rance Émeraude	-46 074 703,60€	-238 675 103,97€	0,00%
Ⓢ BRE-07 - Armor	-4 093 291,28€	Ⓢ BRE-07 - Armor	-122 391 498,28€	-479 654 761,69€	0,68%
Ⓢ BRE-08 - Centre Bretagne	-857 525,02€	Ⓢ BRE-08 - Centre Bretagne	-29 137 066,06€	-115 975 444,67€	0,59%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-49 750 135,47€	-123 819 145,22€	0,00%
Centre	-3 017 373,25€	Centre	-548 971 758,26€	-2 743 182 331,88€	0,09%
Ⓢ CVL-01 - Cher	-432 899,78€	Ⓢ CVL-01 - Cher	-72 572 446,35€	-316 274 718,25€	0,11%
Ⓢ CVL-02 - Indre	-261 804,00€	Ⓢ CVL-02 - Indre	-94 813 309,01€	-230 529 281,93€	0,08%
Ⓢ CVL-03 - Touraine Val de Loire	-464 543,93€	Ⓢ CVL-03 - Touraine Val de Loire	-70 542 019,59€	-787 637 079,75€	0,05%
Ⓢ CVL-04 - Loir-et-Cher	-816 662,04€	Ⓢ CVL-04 - Loir-et-Cher	-113 345 798,51€	-277 680 502,76€	0,21%
Ⓢ CVL-05 - Loiret	-679 678,12€	Ⓢ CVL-05 - Loiret	-115 463 511,11€	-707 747 027,71€	0,08%
Ⓢ CVL-06 - Eure-et-Loire	-361 785,38€	Ⓢ CVL-06 - Eure-et-Loire	-82 234 673,69€	-423 313 721,48€	0,07%
Corse	-1 288 688,90€	Corse	-39 458 673,03€	-418 103 112,68€	0,28%
Ⓢ COR-01 - Haute-Corse G2HC	-986 271,90€	Ⓢ COR-01 - Haute-Corse G2HC	-16 419 835,35€	-176 178 962,08€	0,51%
Ⓢ COR-02 - Corse du Sud	-302 417,00€	Ⓢ COR-02 - Corse du Sud	-22 334 077,74€	-175 319 039,58€	0,15%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-704 759,94€	-66 605 111,02€	0,00%
Guadeloupe	-13 756,34€	Guadeloupe	-52 681 747,07€	-620 101 665,89€	0,00%
Ⓢ GUA-01 - île du nord	0,00€	Ⓢ GUA-01 - île du nord	0,00€	-53 373 130,05€	0,00%
Ⓢ GUA-02 - GHT de la Guadeloupe	-13 756,34€	Ⓢ GUA-02 - GHT de la Guadeloupe	-24 088 756,41€	-492 620 344,54€	0,00%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-28 792 990,66€	-74 108 191,30€	0,00%
Guyane	0,00€	Guyane	-14 352 813,33€	-379 641 581,82€	0,00%
Ⓢ GUY-01 - GHT de la Guyane	0,00€	Ⓢ GUY-01 - GHT de la Guyane	-14 352 813,33€	-334 049 722,45€	0,00%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	-45 591 859,37€	0,00%
Île-de-France	-13 959 177,15€	Île-de-France	-957 046 562,44€	-13 779 259 871,47€	0,09%
Ⓢ IDF-01 - 77 Nord	0,00€	Ⓢ IDF-01 - 77 Nord	-16 829 969,00€	-497 549 028,01€	0,00%
Ⓢ IDF-02 - 77 Sud	-226 128,94€	Ⓢ IDF-02 - 77 Sud	-55 248 406,40€	-357 181 590,48€	0,05%
Ⓢ IDF-03 - Yvelines Nord	-1 383 630,87€	Ⓢ IDF-03 - Yvelines Nord	-43 097 909,81€	-530 671 496,75€	0,24%
Ⓢ IDF-04 - Yvelines Sud	-836 296,99€	Ⓢ IDF-04 - Yvelines Sud	-107 490 224,69€	-510 748 998,57€	0,14%
Ⓢ IDF-05 - Nord Essonne	0,00€	Ⓢ IDF-05 - Nord Essonne	-7 095 982,41€	-218 940 296,50€	0,00%
Ⓢ IDF-06 - Ile de France Sud	-695 398,04€	Ⓢ IDF-06 - Ile de France Sud	-35 408 169,84€	-491 484 605,09€	0,13%
Ⓢ IDF-07 - Hauts-de-Seine	-437 516,00€	Ⓢ IDF-07 - Hauts-de-Seine	-64 614 158,04€	-172 310 188,70€	0,18%
Ⓢ IDF-08 - 93/95	-3 230 460,50€	Ⓢ IDF-08 - 93/95	-28 845 188,00€	-392 690 456,85€	0,77%
Ⓢ IDF-09 - 93 Est	-1 427 604,48€	Ⓢ IDF-09 - 93 Est	-11 209 544,05€	-486 014 774,20€	0,29%
Ⓢ IDF-10 - 94 Nord	-586 189,27€	Ⓢ IDF-10 - 94 Nord	-9 934 622,61€	-211 077 779,07€	0,27%
Ⓢ IDF-11 - 94 Est	0,00€	Ⓢ IDF-11 - 94 Est	-9 906 881,02€	-368 586 361,87€	0,00%
Ⓢ IDF-12 - Psy Sud Paris	-1 867 497,11€	Ⓢ IDF-12 - Psy Sud Paris	-4 779 038,85€	-199 482 945,76€	0,91%
Ⓢ IDF-13 - Sud Val d'Oise Nord Hauts-de-Seine	-358 849,67€	Ⓢ IDF-13 - Sud Val d'Oise Nord Hauts-de-Seine	-91 001 854,13€	-566 569 181,85€	0,05%
Ⓢ IDF-14 - Nord Ouest Val d'Oise	-2 218 035,64€	Ⓢ IDF-14 - Nord Ouest Val d'Oise	-49 855 044,86€	-429 084 088,04€	0,46%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-691 569,64€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-421 729 568,73€	-8 346 868 079,73€	0,01%
Occitanie	-5 045 990,64€	Occitanie	-785 059 229,58€	-5 708 437 651,48€	0,08%
Ⓢ OCC-01 - GHT Perpignan-Narbonne-Lezignan-	-212 457,88€	Ⓢ OCC-01 - GHT Perpignan-Narbonne-Lezignan-C	-56 159 840,77€	-407 309 154,51€	0,05%
Ⓢ OCC-02 - Ouest audois	-115 483,30€	Ⓢ OCC-02 - Ouest audois	-47 035 672,66€	-190 556 403,51€	0,05%
Ⓢ OCC-03 - Cévennes Gard Camargue	-195 446,43€	Ⓢ OCC-03 - Cévennes Gard Camargue	-109 334 415,94€	-738 023 553,69€	0,02%
Ⓢ OCC-04 - Est Hérault et Sud Aveyron	-1 057 908,45€	Ⓢ OCC-04 - Est Hérault et Sud Aveyron	-85 140 286,13€	-1 127 255 307,39€	0,09%
Ⓢ OCC-05 - Ouest Hérault	-803 363,00€	Ⓢ OCC-05 - Ouest Hérault	-38 168 775,29€	-200 230 285,84€	0,34%
Ⓢ OCC-06 - Lozère	-130 534,08€	Ⓢ OCC-06 - Lozère	-27 077 522,43€	-94 827 295,74€	0,11%
Ⓢ OCC-07 - Haute-Garonne et Tarn Ouest	-62 300,11€	Ⓢ OCC-07 - Haute-Garonne et Tarn Ouest	-79 970 445,19€	-1 478 935 421,49€	0,00%
Ⓢ OCC-08 - Pyrénées ariégeoises	-1 134 990,92€	Ⓢ OCC-08 - Pyrénées ariégeoises	-36 977 908,97€	-184 631 463,42€	0,51%
Ⓢ OCC-09 - Hautes-Pyrénées	-102 903,81€	Ⓢ OCC-09 - Hautes-Pyrénées	-43 725 165,34€	-222 583 377,80€	0,04%
Ⓢ OCC-10 - Gers	-183 465,17€	Ⓢ OCC-10 - Gers	-71 071 235,56€	-171 531 231,65€	0,08%
Ⓢ OCC-11 - Tarn-et-Garonne	-94 144,56€	Ⓢ OCC-11 - Tarn-et-Garonne	-39 990 748,54€	-184 891 166,85€	0,04%
Ⓢ OCC-12 - Rouergue	-175 323,71€	Ⓢ OCC-12 - Rouergue	-53 007 924,02€	-243 893 625,14€	0,06%
Ⓢ OCC-13 - Cœur d'Occitanie	-541 914,31€	Ⓢ OCC-13 - Cœur d'Occitanie	-53 837 019,28€	-238 812 053,84€	0,19%
Ⓢ OCC-14 - Lot	-235 754,91€	Ⓢ OCC-14 - Lot	-31 904 653,50€	-160 108 800,45€	0,12%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-11 657 615,87€	-64 848 510,16€	0,00%
Martinique	-24 059,88€	Martinique	-68 581 321,75€	-714 354 750,77€	0,00%
Ⓢ MAR_01 - centre sud	-24 059,88€	Ⓢ MAR_01 - centre sud	-13 848 788,28€	-41 528 931,93€	0,04%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-54 732 533,47€	-672 825 818,84€	0,00%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	-4 484 762,57€	Nord-Pas-de-Calais-Picardie	-925 864 981,31€	-7 073 595 641,45€	0,06%
Ⓢ HF-01 - Aisne Nord	-913 844,68€	Ⓢ HF-01 - Aisne Nord	-77 814 308,75€	-466 192 914,51€	0,17%
Ⓢ HF-02 - Aisne Sud- saphir	0,00€	Ⓢ HF-02 - Aisne Sud- saphir	-27 283 841,70€	-171 073 581,21€	0,00%
Ⓢ HF-03 - Artois	-396 907,82€	Ⓢ HF-03 - Artois	-31 574 346,87€	-415 541 990,68€	0,09%
Ⓢ HF-04 - Artois-Ternois	0,00€	Ⓢ HF-04 - Artois-Ternois	-54 866 205,92€	-229 268 741,15€	0,00%
Ⓢ HF-05 - Douais	0,00€	Ⓢ HF-05 - Douais	-18 473 271,59€	-184 080 344,61€	0,00%
Ⓢ HF-06 - Hainaut-Cambrésis	-201 116,93€	Ⓢ HF-06 - Hainaut-Cambrésis	-140 277 069,74€	-852 910 341,05€	0,02%
Ⓢ HF-07 - Lille Métropole Flandre Intérieure	-463 559,76€	Ⓢ HF-07 - Lille Métropole Flandre Intérieure	-165 279 602,85€	-1 947 093 436,36€	0,02%
Ⓢ HF-08 - Dunkerquois et Audomarois	-157 153,33€	Ⓢ HF-08 - Dunkerquois et Audomarois	-36 846 462,81€	-309 696 883,65€	0,05%
Ⓢ HF-09 - Littoral Sud	-369 030,58€	Ⓢ HF-09 - Littoral Sud	-49 444 110,20€	-383 293 354,00€	0,09%
Ⓢ HF-10 - Oise Ouest et Vexin	-284 425,11€	Ⓢ HF-10 - Oise Ouest et Vexin	-47 625 297,39€	-202 020 014,74€	0,11%
Ⓢ HF-11 - Oise Sud	-231 805,61€	Ⓢ HF-11 - Oise Sud	-15 551 225,39€	-184 410 105,12€	0,12%
Ⓢ HF-12 - Oise Nord Est (ONE)	-154 945,65€	Ⓢ HF-12 - Oise Nord Est (ONE)	-34 124 564,40€	-172 065 322,06€	0,08%
Ⓢ HF-13 - Psychiatrie Nord Pas-de-Calais	-559 233,30€	Ⓢ HF-13 - Psychiatrie Nord Pas-de-Calais	-34 754 552,35€	-334 775 994,70€	0,15%
Ⓢ HF-14 - Somme Littoral Sud	-752 739,80€	Ⓢ HF-14 - Somme Littoral Sud	-158 609 457,04€	-988 621 399,42€	0,07%
Ⓢ ZZZ - Hors GHT	0,00€	Ⓢ ZZZ - Hors GHT	-33 340 664,31€	-232 551 218,19€	0,00%

Provence-Alpes-Côte d'Azur	-3 949 570,74€	Provence-Alpes-Côte d'Azur	-440 248 361,65€	-5 072 976 714,86€	0,07%
☒ PACA-01 - Vaucluse	-238 384,00€	☒ PACA-01 - Vaucluse	-56 622 591,09€	-468 874 856,42€	0,05%
☒ PACA-02 - Var	-1 180 690,53€	☒ PACA-02 - Var	-59 911 112,73€	-763 161 506,22€	0,14%
☒ PACA-03 - Alpes-de-Haute-Provence	-390 015,19€	☒ PACA-03 - Alpes-de-Haute-Provence	-29 310 368,05€	-146 202 939,45€	0,22%
☒ PACA-04 - Hôpitaux de Provence	-196 152,16€	☒ PACA-04 - Hôpitaux de Provence	-139 467 753,12€	-2 272 367 407,73€	0,01%
☒ PACA-05 - Alpes Maritimes	-1 687 586,90€	☒ PACA-05 - Alpes Maritimes	-102 776 204,29€	-1 076 136 777,67€	0,14%
☒ PACA-06 - Alpes du Sud	-256 741,96€	☒ PACA-06 - Alpes du Sud	-38 392 280,65€	-221 011 320,55€	0,10%
☒ ZZZ - Hors GHT	0,00€	☒ ZZZ - Hors GHT	-13 768 051,72€	-125 221 906,82€	0,00%
Pays de la Loire	-7 069 069,35€	Pays de la Loire	-595 739 911,72€	-3 655 750 515,23€	0,17%
☒ PDL-01 - Loire Atlantique	-3 617 537,34€	☒ PDL-01 - Loire Atlantique	-160 312 484,41€	-1 366 623 577,44€	0,24%
☒ PDL-02 - Maine et Loire	-990 488,54€	☒ PDL-02 - Maine et Loire	-96 718 030,95€	-859 038 165,55€	0,10%
☒ PDL-03 - Mayenne et Haut-Anjou	-555 544,57€	☒ PDL-03 - Mayenne et Haut-Anjou	-84 590 262,24€	-320 722 426,29€	0,14%
☒ PDL-04 - Sarthe	-1 740 481,95€	☒ PDL-04 - Sarthe	-117 407 390,82€	-506 241 162,85€	0,28%
☒ PDL-05 - Vendée	-165 016,95€	☒ PDL-05 - Vendée	-110 117 621,21€	-601 790 091,46€	0,02%
☒ ZZZ - Hors GHT	0,00€	☒ ZZZ - Hors GHT	-26 594 122,08€	-1 335 091,64€	0,00%
Réunion	-579 617,70€	Réunion	-31 073 542,41€	-1 013 307 390,02€	0,06%
☒ OI-01 - ocean indien	-579 617,70€	☒ OI-01 - ocean indien	-31 073 542,41€	-1 013 307 390,02€	0,06%
Total général	-94 765 018,77€	Total général	-9 460 133 806,09€	-74 600 755 055,89€	0,11%

Annexe 6 : Organigramme de la direction des finances de territoire du GHT de l'Artois



Annexe 7 : Exemple de gouvernance d'un projet du GCS du GHT Léman Mont Blanc – Le projet d'acquisition du logiciel PMSI du GHT

Il est institué un projet dénommé « Acquisition du logiciel PMSI du GHT ». Ce projet concerne le CHAL, les HPMB, les HDL. Les co-pilotes du projet sont : le DSIO des HPMB et le Dr Patrice BIECHLER, médecin DIM du CHAL et Adeline HENNICHE, médecin DIM des HPMB.

A- Présentation du projet

L'acquisition d'un logiciel spécifique au GHT, permettant une production du PMSI dans les meilleures conditions possibles (contrôles et optimisation), est convenue entre les parties. L'enveloppe prévisionnelle totale est de _____ € sur trois ans.

B- Gouvernance du projet

La bonne réalisation du projet est confiée au pilote du projet et à une Assemblée Spécifique composée :

- Des pilotes du projet
- Des médecins DIM des trois établissements
- Des directeurs des systèmes d'information des trois sites ou de leur représentant
- Des directeurs financiers des trois sites ou de leur représentant
- Du Contrôleur de gestion du GCS

L'Assemblée se réunira au moins deux fois pendant la phase de mise en œuvre du projet.

C- Modalités financières

Le projet rentre dans la catégorie 2 au titre du présent règlement intérieur. Le GCS assurera le financement de la totalité du projet, hors demi-interface des applications tierces (les demi-interfaces côté logiciel PMSI sont incluses). Le GCS refacturera les frais d'amortissement et de maintenance aux établissements.

Réactualisé pour AG 2019	CHAL	HPMB	HDL	
Logiciels	47 880,00 €	20 520,00 €	39 330,00 €	107 730,00 €
Achat logiciel	8 280,00 €	1 800,00 €	5 400,00 €	15 480,00 €
Déploiement	<i>Données confidentielles non diffusées dans le</i>			
Formation	<i>cadre de ce mémoire</i>			
Hebergement internalisé	11 172,00 €		28 728,00 €	28 728,00 €
COSMOS Consulting Fourniture de licences BO	8 952,00 €	1 488,00 €	2 976,00 €	10 416,00 €
	25 286,40 €			25 286,40 €
TOTAL	131 372,40 €	41 514,00 €	86 250,00 €	259 136,40 €

Les établissements assumeront directement l'intégralité des coûts d'exploitation liés à la mise en œuvre du projet non listés dans le présent article.

VANHERSECKE	Mickaël	Octobre 2020
Directeur d'Hôpital 2019-2020		
La fonction finances au sein des GHT : l'intégration est-elle possible ?		
<p>Résumé :</p> <p>Puissant levier participant à la mise en œuvre d'une stratégie de groupe, la fonction finances n'est pas, actuellement, une fonction à mutualiser obligatoirement, comme cela est le cas pour les achats ou le système d'information. Pour autant, le renforcement du caractère intégratif des GHT dans le cadre de ma santé 2022 impose notamment de développer les coopérations budgétaires et financières des établissements de santé.</p> <p>Bien que le législateur ait apporté plusieurs dispositifs financiers au moment de la mise en œuvre des GHT, ceux-ci semblent modestes et nécessitent des ajustements. Par ailleurs, l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire auprès de 33 GHT a permis de mettre en évidence que l'intégration totale ou partielle de la fonction finances dans les territoires est assez limitée et témoigne de la prudence des établissements à garder un certain niveau d'autonomie.</p> <p>Par conséquent, au regard des écueils et des leviers identifiés lors de cette enquête, il semble opportun, dans un premier temps, d'adapter le dispositif budgétaire en facilitant, par exemple, les règles d'utilisation du budget G et en renforçant le rôle du COSTRAT en termes de supervision financière. Sans nécessairement évoquer la fusion ou la direction commune, il pourrait être envisagé, dans chaque GHT, de mener une réflexion sur les missions relatives aux finances pouvant faire l'objet d'une approche commune. Des évolutions plus globales du GHT seront également nécessaires si ceux-ci s'orientent vers plus d'intégration. Il s'agira de trouver un format alliant autonomie, intégration et co-construction. Le défi est complexe.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>GHT – Finances – Intégration – Convergence – Budget annexe G – Investissements territoriaux – Solidarité de trésorerie – GCS – Direction commune – Fusion</p>		
<p><i>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.</i></p>		