

Le SSR en mouvement

**Focus sur les GHT :
Textes, travaux au Ministère et situation de terrain**

Véronique Rousset

30 novembre 2016 - PARIS

GHT : Textes, travaux au Ministère et situations de terrain

- I. Les principaux textes et les lacunes de l'article L 6132-7 4° du CSP**
- II. Les travaux du Ministère avec les Fédérations sur les partenariats privés/GHT**
- III. Le déploiement des GHT en régions : zoom sur quelques exemples concrets**

I. Les principaux textes et les lacunes de l'article L 6132-7 4° du CSP

Les principaux textes et les lacunes de l'article L 6132-7 4° du CSP

- ✓ Article 107 de la LMSS du 26 janvier 2016 : Un des articles **majeurs** de la Loi, visant à restructurer les Etablissements publics de santé (EPS) => **Art. L 6132-1 et suivants du CSP**
 - « **Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT. Le GHT n'a pas de personnalité morale.**
 - **Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.**
 - **La convention constitutive du GHT définit (notamment) :**
 - **Un projet médical partagé (PMP) de l'ensemble des établissements parties au GHT**
 - **Les transferts éventuels d'activité de soins ou d'EML ...**
 - **La convention constitutive du GHT nouvellement constituée est publiée par l'ARS sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement ».**

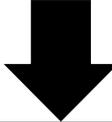
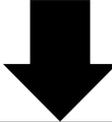
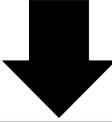
Les principaux textes et les lacunes de l'article L 6132-7 4° du CSP

- ✓ Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 comportent quelques éléments à souligner :
 - ✓ La durée de la convention constitutive est fixée à 10 ans
 - ✓ La formalisation du principe de dérogation pour les EPS présentant « une spécificité dans l'offre de soins territoriale »
 - ✓ un **PMP élaboré pour 5 ans maximum et comprenant notamment : une organisation par filière d'une offre de soins graduée**, les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement...
 - ✓ Le calendrier de déploiement du PMP :
 - **Au 1^{er} juillet 2016** : comprend les objectifs médicaux
 - **Au 1^{er} janvier 2017** : comprend les objectifs médicaux et l'organisation par filières d'une offre de soins graduée
 - **Au 1^{er} juillet 2017** : finalisé et comprend l'ensemble des obligations réglementaires
- ⇒ **L'absence de dispositions relatives aux modalités d'association des établissements privés « partenaires », alors que l'article L 6132-7 CSP mentionnait qu' « un décret en CE déterminera les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un GHT »**

Les principaux textes et les lacunes de l'article L 6132-7 4° du CSP

✓ Quid des établissements « parties », « associés » et « partenaires » ?

	Partie	Associé	Partenaire
Etablissements publics de santé dont CHU dont CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Etablissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Etablissements exerçant une activité d'HAD	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Etablissements de santé privés			Facultatif

 PMP + Mutualisation s	 Participation à l'élaboration du PMP (Tout ou partie)	 Articulation du projet médical de l'établissement privé avec le PMP - Possibilité d'envisager une participation au PMP
---	---	--

Les principaux points de vigilance

- ✓ **La spécificité des établissements privés de SSR :**
 - des patients provenant majoritairement des Hôpitaux publics de court séjour,
 - risque d'impact ++ de ces futurs GHT sur les filières de SSR, tout au moins sur certains territoires,
 - Mais sans disposition particulière dans le décret GHT ...

 - ✓ **Les dangers liés à la mise en œuvre de ces futurs GHT : « une possible redistribution des cartes »**
 - La suppression de la référence entre Projet Médical Partagé et **offre de soins existante dans la version finale du décret**
 - L'absence de dispositions spécifiques relatives à la prise en compte par la convention constitutive du GHT des **conventions de complémentarité existantes**
 - L'organisation de GHT **en filières « structurées »**, orientées vers une possible **réponse unilatérale du secteur public à certains parcours de patients**
- ⇒ **Les GHT ne sont pas contraints réglementairement à devoir signer une convention avec les établissements partenaires => Cela dépendra donc largement des situations historiques locales et territoriales propres à chaque GHT**

La question sous-jacente des « filières de soins »

- ✓ Un des leviers à la mise en œuvre des projets médicaux partagés passe par l'identification des filières de soins
- ✓ => **40% des GHT les avaient déjà identifiées le 1er juillet 2016**, soit six mois avant la date butoir réglementaire
- ✓ Pas de définition légale ou réglementaire
- ✓ Annonce par la DGOS qu'il n'y aura aucun référentiel national élaboré sur ce point
- ✓ Mais qu'elles seront **le résultat d'un croisement entre 3 différentes approches** :
 - ✓ Des filières **par grandes familles de pathologies** (accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale chronique, santé mentale...)
 - ✓ Des filières **par rapprochements populationnels** (personnes âgées ou handicapées, jeunes enfants...)
 - ✓ Des filières **par modes de prise en charge** (consultations, soins critiques, SSR ...)

II. Les travaux du Ministère avec les Fédérations sur les partenariats privés/GHT

Travaux DGOS sur les partenariats privés avec les GHT

- **Objet des réunions : prévoir divers outils d'aide à la mise en place des partenariats public/privé avec les GHT et promouvoir les partenariats qui marchent**
- Aujourd'hui d'après la DGOS, 20% des GHT ont formalisé par écrit un partenariat avec un établissement privé (EBNL et EBL) dans le cadre des conventions constitutives
- **Les outils élaborés par la DGOS en concertation avec les Fédérations :**
 - Un diaporama, transformé en une plaquette intitulée « 12 questions et points clés »
 - Une trame de convention type très « light » portant sur toutes les activités de soins mais avec une problématique rencontrée au niveau du « souci de réciprocité » portant sur la participation d'un représentant du GHT aux séances de la CME de l'établissement partenaire ...
- **Le principe acté du maintien du groupe de travail => 1 réunion trimestrielle en 2017 :** visant à permettre aux Fédérations de faire remonter les difficultés rencontrées dans le déploiement des GHT sur le terrain

Travaux DGOS sur les partenariats privés avec les GHT

➤ Les modalités et calendrier de diffusion de ces divers outils par la DGOS :

- ✓ Travaux présentés le 10 novembre devant les représentants du secteur public en comité de suivi des GHT au Ministère.
- ✓ Une diffusion nationale début décembre à l'ensemble des ARS, des directeurs d'établissements de santé et des présidents de CME => logo DGOS + Fédérations

➤ Les principales avancées obtenues (preamble) :

- ✓ L'indépendance des PRS par rapport GHT => « *les PRS ne seront pas une addition des PMP mais intégrerons notamment l'offre privée lucrative et non lucrative* »
- ✓ Les PMP organiseront l'offre des établissements membres du GHT **en tenant compte de cette offre privée lucrative et non lucrative existante sur le territoire et identifiée dans le PRS**
- ✓ Le rappel des deux enjeux majeurs relatifs aux relations entre le GHT, l'HAD et les établissements privés :
 - **Intégrer la prise en compte des coopérations préexistantes** à la constitution du GHT
 - **Développer ou faire évoluer les coopérations** dans le cadre de la formalisation des parcours du patient.
- ✓ Une participation de l'établissement partenaire **à l'élaboration du PMP peut être envisagée pour faciliter l'articulation du projet médical du partenaire, avec le PMP du GHT**



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

Association et partenariat : 12 questions et points clés

OBJECTIF N°1 : GERER LES COOPERATIONS PREEXISTANTES

- | | |
|----------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none">• Le recensement exhaustif de l'ensemble des coopérations a-t-il été réalisé ? Les coopérations préexistantes concernent-elles un seul établissement partie au GHT, plusieurs établissements parties ou l'ensemble des établissements parties au GHT ? |
| 2 | <ul style="list-style-type: none">• Comment les coopérations préexistantes avec le privé sont-elles évaluées ? |
| 3 | <ul style="list-style-type: none">• Comment la coopération préexistante est-elle traduite dans les orientations du PMP et du projet médical de l'établissement privé associé ou partenaire ? |

A noter :

Les conventions de coopération préexistantes continuent d'obéir à leur propre régime juridique et ne sont pas, par principe, remises en cause par la convention constitutive de GHT. A ce titre, il conviendra d'être attentif aux engagements pris par les établissements de mettre en conformité lesdites conventions de coopération préexistantes.



Association et partenariat : 12 questions et points clés

OBJECTIF N°2 : BATIR DES PARTENARIATS ET ASSOCIATIONS COMPLÉMENTAIRES AUTOUR DES FILIÈRES DU PMP

- | | |
|----------|--|
| 4 | • Comment connaître les filières qui figurent dans le PMP du GHT ? |
| 5 | • En quoi le partenariat ou l'association consiste-t-il ? |

A noter :

- **Concernant le point 4, les filières sont identifiées à compter du 1^{er} janvier 2017. Le partenariat ou l'association peut porter sur l'amont de la prise en charge intra-GHT, sur l'aval de la prise en charge intra-GHT ou même au cours du séjour du patient en complément de la prise en charge intra-GHT. Il est alors possible, soit juste avant soit juste après l'identification des filières, de contacter le directeur de l'établissement support de GHT ou le(s) interlocuteur(s) habituel(s) dans le cadre de la coopération.**
- **Concernant le point 5, le contenu du partenariat ou de l'association et la place de chacun des partenaires ou des associés seront surtout définis par la nature et le moment de leur intervention tout au long du parcours du patient, en cohérence avec une logique de filières.**

III. Le déploiement des GHT en régions : zoom sur un exemple concret « l'Occitanie »

2 – Etat d'avancement sur la mise en place des GHT

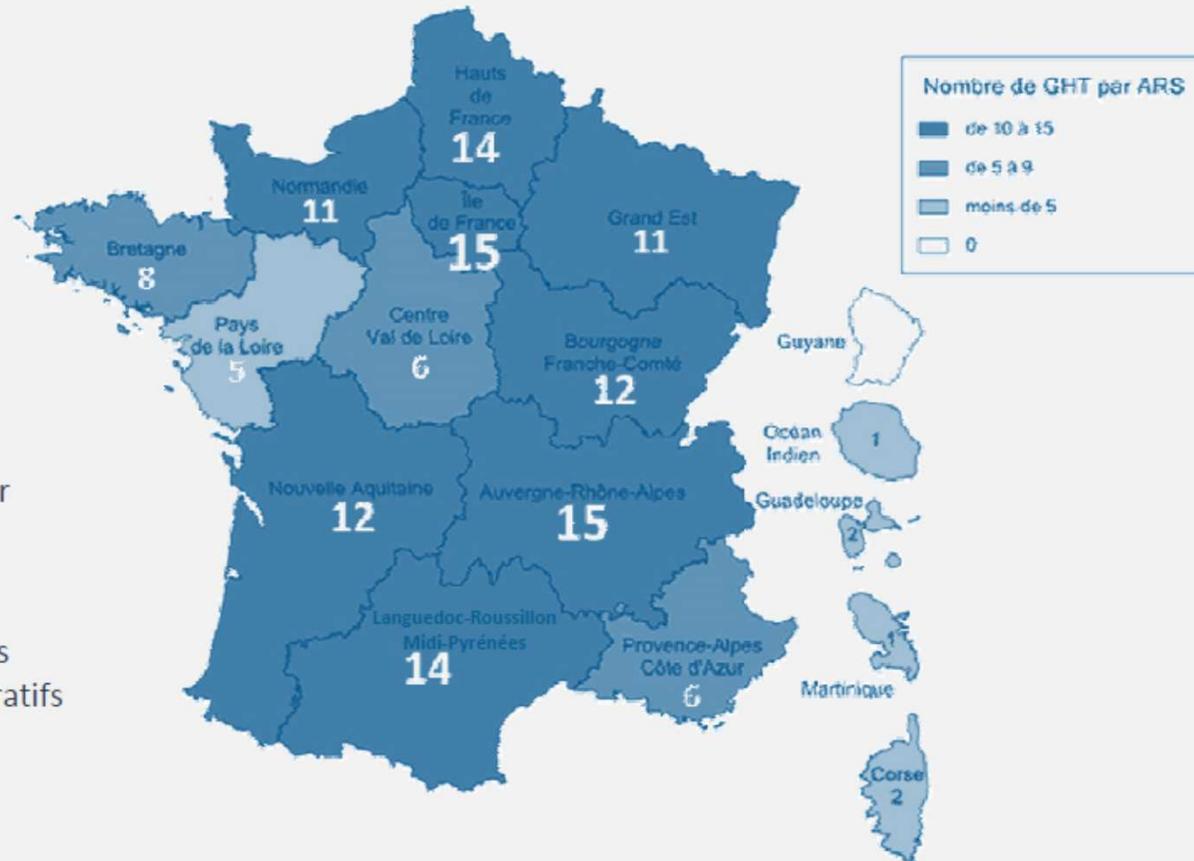
Olivia LEVRIER

Périmètre des GHT
arrêté au 1^{er} juillet 2016

135 GHT en France

14 GHT dans notre région

- ↳ Dérogation
 - ✓ Acceptée pour le CH de Thuir
 - ✓ Rejetée pour le CH du Gers et le CH de Lannemezan
- ↳ Arrêtés de composition publiés au Recueil des Actes Administratifs et sur le site internet de l'ARS



2 – Etat d'avancement sur la mise en place des GHT

Les axes prioritaires de chaque filière

- ↘ Gradation des soins proposée : proximité / recours / référence
- ↘ Accès aux soins, continuité et permanence des soins
- ↘ Place du premier recours
- ↘ Fonctions médico-techniques indispensables au fonctionnement de la filière : pharmacie, imagerie (y compris interventionnelle), biologie
- ↘ Gestion de l'aval et alternatives à l'hospitalisation complète : ambulatoire, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, SSR
- ↘ Sécurité des pratiques, vigilances, qualité sécurité des soins
- ↘ Innovation en santé : diagnostic précoce et non invasif, biologie et médecine génomique, imagerie fonctionnelle, neurosciences, techniques chirurgicales et interventionnelles, immunothérapie, technologies en réadaptation fonctionnelle, nouvelles technologies de l'information et de la communication
- ↘ Accompagnement du handicap et de la dépendance, accessibilité au système de santé



L'exemple du « GHT DU ROUERGUE »

✓ **Composé** des CH de Decazeville, **CH de Rodez**, CH de Villefranche de Rouergue, CH de Saint-Geniez-d'Olt, Hôpital Intercommunal d'Espalion, Hôpital intercommunal de Salles-la-Source (= 6 établissements parties)

✓ **Objectifs médicaux principaux du GHT (extraits) :**

Permettre aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée entre les Ets parties et avec les autres Ets de recours

S'inscrire dans le cadre des autorisations d'activités de soins, d'équipements matériel lourd et des reconnaissances contractuelles des Ets parties au groupement

Positionner les 6 Ets parties en complémentarité graduée et prioritaire

*Création effective d'une unité de soins de suite et de réadaptation avec mention « affections de l'appareil respiratoire » dans l'un des Ets du GHT, le **CH de Rodez** renonçant à la mise en œuvre de son autorisation*

Création d'un service territorial d'HAD orienté vers l'alternative et le raccourcissement de l'hospitalisation complète ...

L'exemple du « GHT DU ROUERGUE »

✓ Etablissements Partenaires et/ou associés au PMP :

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent GHT **peut mener des actions de coopérations engagées** dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou privé. Les partenariats conclus par les Ets signataires s'exercent **dans le respect des actions menées au sein du présent GHT** et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 6 mois.

✓ Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé (extraits) :

*Le PMP se définit dans le cadre des autorisations de fonctionnement, des autorisations d'équipements lourds et des reconnaissances contractuelles de chacun des Ets parties. **Le PMP peut proposer des évolutions à ces autorisations et à ces reconnaissances contractuelles.***

***Le PMP positionne les 6 Ets parties en complémentarité graduée et prioritaire :** ce qui peut être adressé à l'un des Ets lui est adressé en priorité. Le projet médical par filière de soins déclinera cet objectif pour le 31 décembre 2016.*

CONCLUSION

- **Des PMP qui se déploient progressivement via des filières de soins identifiées**
- **Aucune obligation prévue par les textes pour les GHT de signer une convention de partenariat avec un établissement de santé privé**
- **Importance ++ en SSR de se faire connaître et contacter en amont du 1^{er} janvier 2017 le directeur de l'établissement partie avec qui on aurait déjà une convention préexistante et/ou le directeur de l'établissement support**
- **Nécessité de parvenir à participer à l'élaboration du PMP avant qu'il ne soit finalisé**
- **Ne pas hésiter à vous rapprocher de vos syndicats régionaux en vue d'une centralisation nationale par la FHP**
- **Vigilance ++ sur les opérations de restructuration interne aux GHT : hôpitaux locaux, renonciation à l'exploitation d'une autorisation, cession et/ou transfert géographique d'autorisation et délivrance de nouvelles autorisations (suivi des consultations CSOS, publications RAA et informations sites des ARS...)**