

Journée thématique FHP  
« Groupements Hospitaliers de territoire, en pratique »

**Problématique juridique et impact concret  
sur les établissements**

**Véronique Rousset**  
*Déléguée administrative FHP SSR*

21 mars 2017 - PARIS

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

## Les principaux éléments du GHT issus de l' article 6132- 1 du CSP (art. 107 LMSS)

---

- ✓ **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**
- ✓ Objectif de permettre 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**
- ✓ **Possibilité de transferts d'activités** entre établissements
- ✓ La convention constitutive du GHT définit (notamment) :
  - Un **projet médical partagé (PMP)** commun à l'ensemble des établissements parties au GHT
  - Les transferts éventuels d'activité de soins ou d'EML ...
- ✓ La convention constitutive du GHT est **publiée par l'ARS sur son site internet**, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

## Les lacunes du 4° de l'article L 6132-7 du CSP

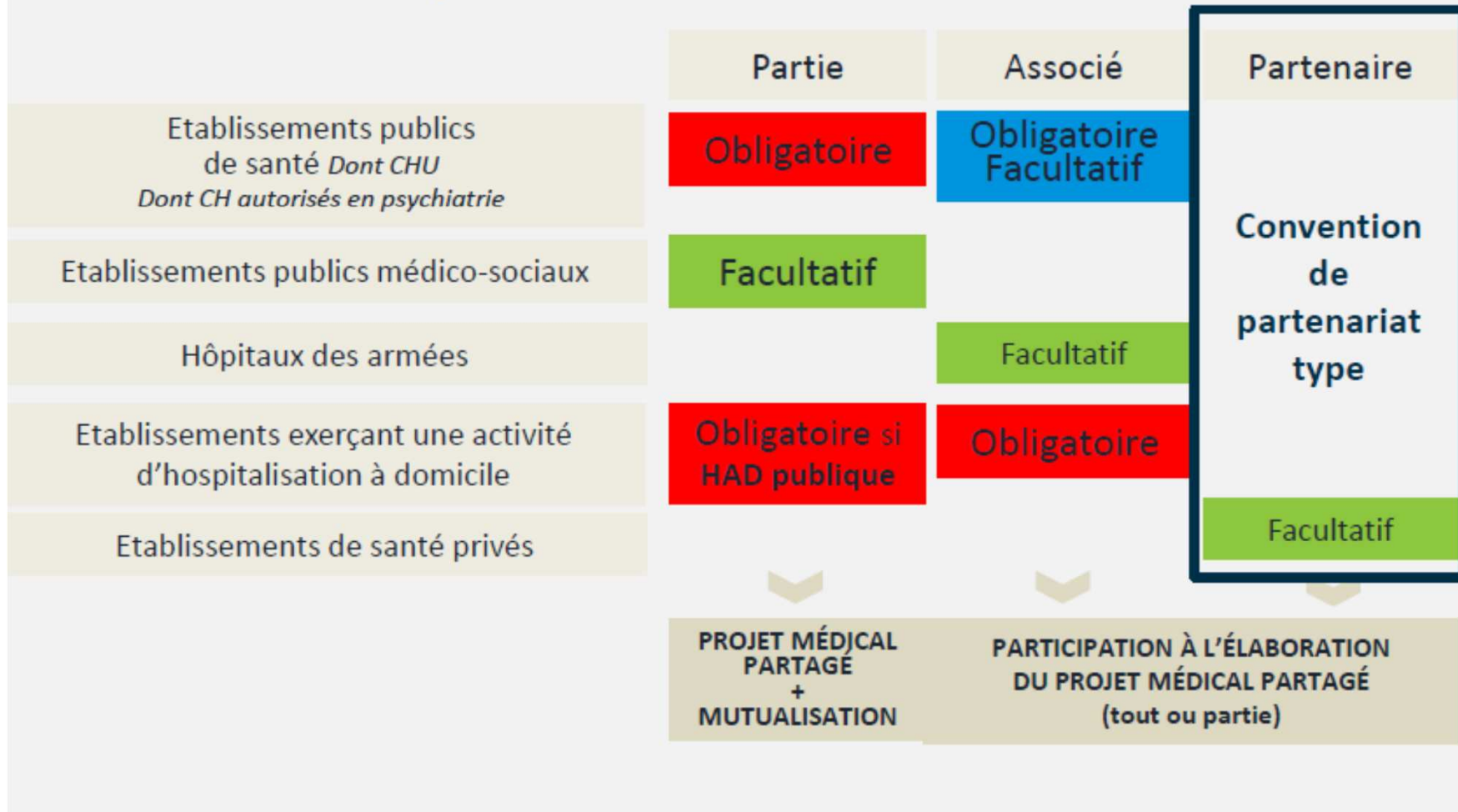
---

- ✓ Une distinction des catégories d'établissements de santé « parties », « associés » ou « partenaires » en fonction :
  - ✓ De leur statut juridique
  - ✓ Et de leurs activités de soins pratiquées
- ✓ Mais une **absence de dispositions législatives claires** relatives aux modalités d'association des établissements privés « partenaires »

⇒ Le texte renvoie à la compétence d'un décret en CE pour « **déterminer les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un GHT** »

## Quels sont les établissements « parties », « associés » et « partenaires » ?

### Association et partenariat du GHT



## Les principaux éléments du décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT

---

- ✓ 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<sup>er</sup> juillet 2016** : seulement les objectifs médicaux
    - **Au 1<sup>er</sup> janvier 2017** : les objectifs médicaux et l'organisation par filières d'une offre de soins graduée
    - **Au 1<sup>er</sup> juillet 2017** : finalisé avec l'ensemble des obligations réglementaires
- ⇒ **MAIS aucune disposition relative aux modalités d'association des établissements privés « partenaires », prévues par la Loi ....**

## Les principaux points de vigilance pour les SSR

---

- ✓ **La spécificité des établissements privés de SSR :**
  - Des patients provenant en grande partie des Hôpitaux publics de court séjour
  - Autour de filières structurées
  - Avec une prise en charge globale, pluridisciplinaire et un objectif de réinsertion
  
- ✓ **Les risques liés à la mise en œuvre de ces futurs GHT : « une possible redistribution des cartes »**
  - La suppression dans la version finale du décret du lien entre **Projet Médical Partagé et offre de soins existante**
  - La question de l'avenir des **conventions de complémentarité existantes**
  - L'organisation de GHT orientée vers une possible **réponse unilatérale du secteur public** à certains parcours de patients
  
- ⇒ **Des GHT qui ne sont pas contraints par les textes à signer une convention avec les établissements privés « partenaires »**
  
- ⇒ **Cela dépendra donc largement des situations historiques locales et territoriales de chaque GHT**

## La question sous-jacente des « filières de soins » pour les futurs PMP

---

- ✓ Un des leviers des projets médicaux partagés passe par l'identification de filières de soins
  - ⇒ **40% des GHT les avaient déjà identifiées au 1er juillet 2016**, six mois avant la date butoir => Un **modèle de convention GHT/SSR privé** élaboré par la FHP SSR afin d'aider, par un outil concret, les adhérents sur le terrain
  - ⇒ Elles le sont **obligatoirement par tous les GHT depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017**
- ✓ Pas de définition légale ou réglementaire/Pas de référentiel national élaboré par la DGOS
- ✓ Elles seront **le résultat d'un croisement entre 3 différentes approches** :
  - Des filières **par grandes familles de pathologies** (accidents vasculaires cérébraux...)
  - Des filières **par rapprochements populationnels** (personnes âgées ...)
  - Des filières **par modes de prise en charge** (SSR ...)
- ✓ Deux PMP déjà publiés sur le site d'une ARS : très exhaustifs et intéressants quant à la démarche déployée



## Les dernières nouveautés du second projet de décret GHT

---

- ✓ Nouveau projet de décret relatif **aux conditions de délégation des fonctions mutualisées au sein des GHT**
- ✓ Une disposition relative aux modalités de signature de la convention de partenariat GHT avec les établissements privés => **compétence de l'établissement support**
- ✓ Des demandes, communes à la FHP et aux syndicats de spécialité, en partie satisfaites avec deux avancées :
  - Un courrier officiel de la DGOS précisant que la **non remise en cause des conventions existantes** par la convention de partenariat n'a pas été intégrée dans le projet car elle n'est pas de l'ordre d'un DCE et « est **déjà garantie** »
  - Un ajout dans le projet de décret prévoyant la **transmission** pour information au **DG ARS** compétent de la convention de partenariat après signature

## **II. Le déploiement des GHT en régions : Zoom sur quelques exemples concrets**

### Analyse de la Convention Constitutive d'un GHT « En Occitanie »

- ✓ Un positionnement des établissements parties en **complémentarité graduée et prioritaire**
- ✓ La création effective d'une Unité de SSR spécialisée par **cession d'autorisation** entre établissements « parties » (l'un deux renonçant à la mise en œuvre de son autorisation)
- ✓ La création d'un service territorial d'HAD
- ✓ La possibilité pour le PMP de **proposer des évolutions aux autorisations et aux reconnaissances contractuelles du GHT**
- ✓ Une **mise en conformité des partenariats existants dans un délai de 6 mois**
- ...

## Deux exemples de retours positifs en SSR

---

### 1<sup>er</sup> cas concret : « En Normandie »

- ✓ En réponse à une sollicitation de la structure SSR, courrier ciblé de l'établissement support du GHT adressé le 25 janvier 2017
- ✓ Annonçant l'avis favorable du comité stratégique de conclure une convention de partenariat commune, **fixant les orientations stratégiques du PMP**
- ✓ Proposant de développer ensemble les axes de coopération et d'échanger sur les modalités de celle-ci
- ✓ Programmant en amont une visite de l'établissement par les représentants de l'établissement support
- ✓ Information du DG ARS

## Deux exemples de retours positifs en SSR

---

### 2<sup>ème</sup> cas concret : « En Nouvelle Aquitaine »

- ✓ En réponse à une sollicitation de plusieurs structures SSR, courrier de l'établissement support du GHT adressé le 24 janvier 2017, aux structures SSR implantées sur le territoire du GHT
- ✓ Proposant d'organiser la complémentarité des acteurs de santé de l'offre sanitaire et médico-sociale, grâce à la prise en compte de la spécificité de chacun dans leur contribution de l'offre de soins
- ✓ Programmant, pour les structures intéressées, une date de réunion le 13 mars 2017, afin :
  - ✓ D'échanger sur les modalités pratiques de mise en place des conventions de partenariat dans ce nouveau cadre territorial ;
  - ✓ De participer à la réflexion du futur PMP dans le cadre des filières de soins