

## **Groupement hospitalier de territoire (GHT) et coopérations (version actualisée, voir p.6 et s.)**

### **DE QUOI S'AGIT-IL ?**

**Mots clés :** GHT, coopération, accord d'association.

**Notice :** l'article 107 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) créant le GHT vise l'organisation territoriale de l'offre publique de santé voire médico-sociale. La LMSS prévoit la possibilité pour les établissements privés de travailler et coopérer avec le GHT

**Contexte institutionnel :** Les établissements privés, quelles que soient leur taille et leurs activités, travaillent nécessairement avec les établissements publics de leur territoire dans le cadre de filières patients mais aussi de mutualisation de moyens. L'instauration des GHT réinterroge toutes les coopérations existantes et il était important que la LMSS offre des possibilités de partenariat entre le GHT et les établissements privés, sans que ces derniers ne soient absorbés ou vassalisés dans le groupement.

**Destinataires :** Direction, Conseil d'administration

En jaune, les mises à jour issues du décret du paru le 29 avril

## CE QU'IL FAUT SAVOIR, QUELLES SUITES ENVISAGER ?

### **La mesure**

Le groupement hospitalier de territoire a vocation à structurer les différentes composantes de l'offre sanitaire publique d'un territoire (CHR-U, CH, ex-HL) en vue d'opérer une mutualisation de moyens et d'organiser une coordination des activités et prise en charge entre ces établissements, sous l'égide d'un établissement-support.

Le GHT, comme la communauté hospitalière de territoire à laquelle elle se substitue, n'a pas la personnalité morale.

Les établissements membres du GHT sont réunis autour d'un « projet médical partagé », notion plus équilibrée et ouverte à la diversité des partenariats que le « projet médical unique » visé initialement par le projet de loi.

La convention constitutive du GHT pourra prévoir des délégations et transferts d'activités entre les membres du groupement, ainsi que la mutualisation/coordination

- du système d'information et du département d'information médicale de territoire,
- de la politique d'achats,
- de la formation initiale et du développement professionnel continu des professionnels paramédicaux
- sous la coordination du CHU membre du GHT, des missions de formation initiale médicale, de recherche, de référence et de recours et de gestion de la démographie médicale.

### *Les membres du GHT*

Le GHT vise tous les établissements publics de santé, sauf dérogation tenant à leur spécificité dans leur offre de soins territoriale.

Il est également prévu que les hôpitaux du service de santé des armées puissent, sous réserve de l'accord du ministre de la défense et du DGARS, être associés à l'élaboration du projet médical partagé du GHT.

La LMSS prévoit également que les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent faire partie d'un GHT. Les EHPAD gérés par des établissements publics de santé pourront donc par exemple être intégrés au GHT.

Enfin, les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie (CHS ou EPSM, etc...) bénéficient de la possibilité, sous contrôle de leur ARS, d'être parties prenantes de plusieurs GHT, en regard de leurs zone géographique desservie, ainsi que de la possibilité de dessiner des « communautés psychiatriques de territoire » entre établissements spécialisés en psychiatrie.

### *Participation des établissements privés aux GHT*

En premier lieu, les établissements privés, sanitaires ou médico-sociaux, peuvent être partenaire du GHT. Il s'agit alors de coopérer avec un GHT sur les thèmes qu'ils déterminent au moyen d'une convention.

Pour les ESPIC, cette coopération prend la forme spécifique d'un « accord d'association des ESPIC ». Cette forme de coopération particulière existait déjà pour les communautés hospitalières et a été adaptée pour les GHT, à l'initiative de la FEHAP et d'UNICANCER dans le cadre de la concertation pour conforter la place des ESPIC dans la LMSS)

Par ailleurs, le texte prévoit que les établissements d'hospitalisation à domicile, privés à but non lucratif pour la plupart, sont systématiquement associés aux projets médicaux partagés des GHT situés sur leur territoire d'autorisation.

Des établissements privés non lucratifs ni inclus, ni exclus, vis-à-vis des GHT et de leurs dynamiques territoriales, telle a été la ligne directrice de la FEHAP et d'UNICANCER sur ce dossier.

### **Initiatives à prendre**

Les établissements privés non lucratifs devront être particulièrement attentifs aux travaux préparatoires à l'instauration des GHT dans leur territoire. En effet, dans la mesure où le GHT offrira aux acteurs publics d'organiser entre eux les complémentarités entre leurs activités, les établissements PNL devront s'assurer que leur place dans les filières de prise en charge n'en sera pas affectée. Il sera donc particulièrement important de se tenir informé des travaux relatifs aux projets médicaux partagés de territoire, sinon d'engager ces discussions en ayant déjà

établi des lignes partenariales entre ESPIC et médico-sociaux privés non lucratifs, pour une rencontre mieux équilibrée avec les animateurs du projet du GHT.

Bien entendu, les établissements privés non lucratifs conservent la possibilité de coopérer avec le GHT sur tout sujet qu'ils déterminent, par convention ou accord d'association s'ils sont ESPIC. Cette possibilité de coopération, notamment entre acteurs du service public (GHT et ESPIC) constitue une bonne opportunité de conforter des complémentarités d'activité avec le secteur public, notamment dans une logique de filière.

Les adhérents FEHAP gestionnaires d'HAD devront être particulièrement attentifs aux travaux du GHT. Ils sont de droit associés aux travaux du projet médical partagé du GHT de leur aire géographique.

### **Opportunités du texte et risques**

La version initiale du texte prévoyait la possibilité pour les établissements privés d'intégrer le GHT mais dans le cadre d'un projet médical unique, donc dans un alignement total de la stratégie de l'établissement privé avec celle du GHT.

L'action commune de la FEHAP et d'UNICANCER a permis de s'extraire de ce schéma et d'avancer dans le sens d'un rééquilibrage du texte, ce qui a permis d'évacuer ce risque en offrant la possibilité aux établissements privés non lucratifs de rester autonomes vis-à-vis du GHT, tout en définissant les sujets ou segments sur lesquels ils souhaiteront engager une coopération avec le GHT.

Il y aura lieu d'être attentifs aux développements ultérieurs des GHT :

- dispositions ultérieures par voie d'ordonnance (habilitation censurée par le conseil constitutionnel en l'état ; DC2015-727 du 21 Janvier 2016) ;
- dispositions réglementaires spécifiques pour Paris, Lyon et Marseille, à venir ;
- évolutions vers des intégrations plus poussées, proche de la personnalité morale (gestion commune de la trésorerie),
- mise en place progressive d'autres formes non directement juridiques de vassalité ou de dépendance économique ou technique aux GHT pour des établissements privés non lucratifs : systèmes d'information préconisés comme communs par l'ARS, idem pour des investissements lourds, des recrutements partagés sur des postes « sensibles ou stratégiques » (médecin coordonnateur, médecin DIM, responsable du système d'information), ou des préconisations ARS d'achats en commun, etc.. Dans ces cas de figure, très probables, il y a lieu de penser dès à présent des « stratégies de groupe privées non lucratives » (pour les achats, les SARA et UNISARA ; pour le système d'information, confer le livre blanc FEHAP-SYNTEC sur le site internet de la FEHAP.

Il y aura également lieu, pour un accord d'association d'un ESPIC au GHT, ou une convention, de mobiliser votre siège fédéral pour une contextualisation partagée du dossier, et de se faire accompagner d'un professionnel du droit (et de la fiscalité).

### Ce qui dit le décret du 27 avril, ce qu'il ne dit pas

- ✓ Projet médical partagé

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du GHT et comprend notamment :

- Les objectifs médicaux
- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée et les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières et dans chaque établissement
- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale et de pharmacie
- Les cas échéant la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques résultant de l'organisation en filières

Pour rappel, les établissements d'HAD, quel que soit leur statut juridique et sans qu'il leur soit nécessaire d'être partie ou partenaire du groupement, sont associés à l'élaboration du projet médical des GHT situés dans leur aire géographique.

Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de 5 ans.

Calendrier :

A la date de publication du décret, soit le 29 avril, les objectifs médicaux du projet médical partagé doivent être définis.

Les filières doivent être définies au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Toutes les composantes du projet médical partagé doivent être arrêtées pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

*Alors que la première version du décret précisait que l'organisation en filières du GHT devait tenir compte des obligations et coopérations respectives de chacun des membres du groupement, la version publiée ne comporte plus cette*

indication.

Les adhérents de la FEHAP sont historiquement partenaires des établissements publics dans leurs territoires et ont donc vocation à poursuivre ces collaborations. Il est recommandé de déployer une stratégie collégiale de discussion avec les GHT, avec l'aide des établissements d'HAD qui sont tous associés aux projets médicaux des GHT de leurs territoires.

Chaque établissement peut déterminer, dans une convention ou un accord d'association, les thèmes et modalités de sa coopération avec le GHT, sur les activités cliniques, médico-techniques et éventuellement certaines fonctions supports. Il est impératif de bien mesurer à court et moyen terme l'impact de ces coopérations sur l'autonomie de l'établissement vis-à-vis de ses partenaires publics. La coopération avec le secteur public, incontournable sur de nombreuses activités, ne doit pas exclure les partenariats entre adhérents de la FEHAP. Au contraire, l'organisation plus intégrée de l'offre publique constitue un incitatif de plus aux coopérations entre établissements privés non lucratifs, en matière d'achats, de systèmes d'informations, mais aussi au plan des prises en charges (entre le SSR et l'HAD par exemple, deux métiers très présents chez les adhérents de la FEHAP).

✓ Convention constitutive

Le GHT est matérialisé par une convention constitutive constituée de 2 volets :

- Le projet médical partagé
- Un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT, et notamment aux compétences déléguées à l'établissement support du GHT

Elle est préparée par les directeurs, les présidents de commissions médicales d'établissement et de commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement.

Cette convention est conclue pour 10 ans, elle est publiée par l'ARS sur son site internet.

La convention constitutive est soumise à l'approbation du DG-ARS, le cas échéant de manière tacite en cas de silence gardé pendant 2 mois suivant la réception.

La FEHAP a alerté à plusieurs reprises la DGOS sur l'asymétrie consistant à permettre l'approbation tacite de la convention constitutive du GHT alors que la création d'un GCS requiert quant à elle l'approbation expresse du DG-ARS. Cette procédure est d'autant plus critiquable qu'elle crée une dérogation au droit

*des autorisations au bénéfice exclusif des GHT et des établissements publics qui le compose, dans la mesure où la convention constitutive peut prévoir des cessions et changement de lieu d'implantation des autorisations, opérations pour lesquelles les dispositions issues de l'article 107 de la LMSS indiquent qu'elles sont autorisées par l'approbation de la convention constitutive. Or, en la matière, le code de la santé publique soumet à une procédure spécifique les opérations de confirmation des autorisations suite à cession et de changement de lieu d'implantation (dépôt de dossier, examen en CSOS, ...).*

*Il en résulte donc que coexisteraient une procédure de droit commun, pour tous les établissements y compris les adhérents de la FEHAP ; et une procédure dérogatoire, non soumise aux instances de démocratie sanitaire, à l'endroit des seuls établissements publics membres de GHT.*

*Les conventions constitutives devant obligatoirement faire l'objet d'une publication, nous vous invitons à récupérer sur le site internet de votre ARS des conventions et de leurs avenants, les correspondants de la FEHAP en région procéderont également à cette veille.*

✓ Les instances du GHT

Le GHT est doté d'un comité stratégique réunissant les directeurs et présidents des instances médicales et soignantes des établissements membres du GHT.

*La première version du projet de décret comportait une disposition permettant d'élargir la composition de ce comité aux établissements partenaires et associés au GHT lorsqu'il y est débattu des activités mutualisées.*

*Cette disposition a malheureusement disparu du texte publié, mais le décret n'interdit pas pour autant à la convention constitutive ou au règlement intérieur de prévoir cette forme de représentation des partenaires ou associés du groupement.*

*La DGOS qui était à l'initiative de cette proposition dans la première version du texte pourrait tout à fait la relayer par voie d'instruction auprès des établissements publics et des ARS.*

Le GHT comportera également un collège ou une commission médicale de groupement. La composition et les compétences du collège médical seront librement déterminées par la convention constitutive et il serait dès lors tout à fait pertinent que pour les sujets qui intéressent leur rôle dans les filières, les représentants médicaux des établissements partenaires ou associés au groupement disposent d'une représentation dans le collège médical du GHT.

Il s'agit là d'une proposition déjà formulée par la FEHAP, et qui là aussi trouverait intérêt à être relayée par la DGOS auprès des établissements publics de santé

*Le GHT comporte également un comité territorial des élus locaux et un comité des usagers, soit autant de points de contact différents permettant de concevoir votre stratégie collégiale de dialogue et de partenariat équilibré.*

✓ Focus sur quelques fonctions mutualisées

- Le système d'information convergent :  
Un schéma directeur du système d'information du GHT est élaboré par le directeur de l'établissement support, conformément aux objectifs du projet médical partagé et ce au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018.  
  
Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, le système d'information hospitalier convergent du GHT devra se déployer, comprenant des applications identiques pour chaque domaine fonctionnel et tous les établissements parties au groupement devront utiliser un identifiant unique pour les patients.
- Les achats font également l'objet d'une mutualisation, du point de vue de la stratégie d'achat, de la planification et de la passation des marchés, du contrôle de gestion des achats et de l'approvisionnement (à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques).  
Un plan d'action des achats du GHT est élaboré pour le compte des parties au groupement.
- Formation initiale et continue : la convention constitutive définit les modalités de coordination des instituts de formation (sur le plan pédagogique, matériel et humain, ainsi que la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des parties au groupement
- DIM de territoire : l'activité d'information médicale est centralisée au niveau d'un département d'information médicale de territoire placé sous la responsabilité d'un médecin désigné par le directeur de l'établissement support
- Pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique : les établissements parties au groupement pourront organiser entre eux des pôles visant à organiser en commun des activités médico-techniques (biologie, imagerie, pharmacie, ...) et des activités cliniques.

## REFERENCES DOCUMENTAIRES

### Articles concernés

L 6132-1 CSP pour la définition du GHT, voir VIII pour le partenariat des établissements privés avec le GHT

R 6132-1 et s. CSP (dispositions issues du décret du 29 avril)

L6161-8 CSP pour l'accord d'association des ESPIC au GHT

### Avant/après (tableau comparatif)

AVANT	APRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements publics de santé peuvent constituer entre eux une communauté hospitalière de territoire (CHT) pour élaborer une stratégie commune et gérer en commun des fonctions et activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>le GHT, à la différence du CHT, n'est pas à l'initiative des établissements publics de santé. Tous les établissements publics de santé, sauf dérogation liée à leur spécificité dans l'offre territoriale, doivent intégrer un GHT</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>la CHT est réservée aux établissements publics de santé.</li> <li>les ESPIC peuvent conclure avec elle un accord d'association</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements privés peuvent être partenaires du GHT, sous forme de convention ou, pour les ESPIC, sous forme d'accord d'association</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements d'HAD sont systématiquement associés à l'élaboration du projet médical partagé du GHT de leur aire géographique.</li> </ul>

Paris, le 26 mai 2016

pierre-yves.roussel@fehapa.fr