



Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire -

Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU

Mai 2015

SOMMAIRE

1. Lettre de mission	5
2. Introduction	6
3. Méthodologie.....	7
3.1. Les auditions réalisées.....	7
3.2. Les déplacements en région	9
4. Le groupement hospitalier de territoire, un outil plébiscité par la communauté hospitalière.....	11
4.1. Des coopérations entre hôpitaux publics devenues indispensables	11
4.2. Les limites des outils de coopération existante.....	11
4.3. La prise de conscience de cet impératif de coopération par les communautés hospitalières	12
5. Le fondement des GHT : le projet médical partagé.....	15
5.1. L'hôpital public marqué par des parcours d'initiés	15
5.2. Les GHT, un dispositif qui ne peut qu'être obligatoire.....	15
5.3. Le projet médical partagé, ciment du GHT	16
6. Les 20 conditions de réussite	19
6.1. Une taille adaptée aux mouvements des acteurs du territoire	19
6.2. Un diagnostic territorial robuste.....	20
6.3. Une reconnaissance de la spécificité de chaque établissement	21
6.4. Une valence hospitalo-universitaire pour chaque GHT.....	22
6.5. L'absence de personnalité morale au profit d'un établissement support.....	24
6.6. L'évolution du métier de Directeur d'hôpital.....	26
6.7. Une gouvernance personnalisable	27
6.8. La mise en place d'équipes médicales de territoire	29
6.9. Une organisation commune des services médico-techniques	31
6.10. Un système d'information convergent.....	32
6.11. Un DIM de territoire	34
6.12. La mutualisation des achats.....	35
6.13. Une politique formation unifiée.....	36
6.14. Une solidarité financière entre établissements d'un même GHT	36
6.15. Des autorisations d'activités de soins territorialisées	38
6.16. Une certification conjointe par la HAS.....	39
6.17. Une préparation commune de la certification des comptes	40
6.18. Des ARS en appui de la démarche des établissements publics de santé	41
6.19. Des GHT, une opportunité mais non un objectif d'efficience	42

6.20. Un calendrier ambitieux et progressif de mise en œuvre	43
7. Remerciements	45
8. Annexe : article 27 après adoption par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015	46

1. Lettre de mission



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 17 NOV. 2014

CAB - FV/ MCA - D-2014-2912

Madame la Directrice Générale, Monsieur le Président,

La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation, etc.).

A cet effet, je souhaite vous confier une mission d'accompagnement dans le cadre de la mise en place des GHT. Vous participerez à la conception du dispositif et à la définition des outils et des modalités de sa mise en œuvre.

Vous vous attacherez à relayer auprès des différents acteurs du système de santé les enjeux stratégiques de leur développement et assurerez, en lien avec les agences régionales de santé, la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Dans un souci de cohérence et de complémentarité, votre mission devra pleinement prendre en compte la réforme des hôpitaux de proximité et le développement des nouveaux modes de prise en charge (hospitalisation de jour, télémedecine, etc.).

Pour remplir au mieux votre mission, qui débutera en décembre, vous aurez l'appui de la direction générale de l'offre de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté la conduite de cette mission et vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

Bien à vous,

Marisol TOURAINE

Madame Jacqueline HUBERT
Directrice Générale du CHU de Grenoble

Monsieur le Docteur Frédéric MARTINEAU
Président de la CME du Centre hospitalier de la
Côte Basque (Bayonne)

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE (33) 01.40.56.60.00

2. Introduction

Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, nous a chargés d'une mission ministérielle relative à la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire.

*Dans sa lettre de mission du 17 novembre 2014, Madame la Ministre nous a confié la responsabilité **de participer à la conception du dispositif des GHT, et à la définition des outils et des modalités de mise en œuvre.***

*Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une innovation du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Notre mission se décline en deux grandes phases : la première concerne la volonté **d'implication des acteurs de la communauté hospitalière dans la construction de ce dispositif**, tandis que la seconde consistera **à outiller les établissements de santé pour mettre en œuvre les GHT**. Le présent rapport dresse un bilan de la première partie de la mission.*

*Nous avons accepté cette mission car nous avons la conviction qu'il est possible de garantir, par des **synergies territoriales** entre hôpitaux publics, un **égal accès à des soins sécurisés et de qualité** pour nos concitoyens. Les groupements hospitaliers de territoire nous paraissent être l'opportunité, pour les hospitaliers que nous sommes, d'endosser cette responsabilité territoriale.*

*Nous pensons en effet qu'il existe encore aujourd'hui trop de « trous dans la raquette » de l'offre de soins hospitaliers du fait des postures concurrentielles induites par le modèle de financement actuel des établissements de santé. Rémunéré en fonction de l'activité réalisée, chaque établissement peine à s'inscrire dans une dynamique collective au risque de subir des pénalités financières. En l'absence de mécanismes de rémunération au parcours plutôt qu'à l'hospitalisation, force est de constater que la complémentarité entre hôpitaux publics d'un même territoire reste à parfaire. **La coopération entre établissements publics de santé doit pourtant permettre aux établissements de santé de soigner mieux et à moindre coût.** Conscients de l'environnement contraint dans lequel nous exerçons nos responsabilités, en particulier en termes de démographie médicale et de dynamique tarifaire, il nous paraît incontournable d'outiller nos hôpitaux de dispositifs permettant de passer d'une stratégie concurrentielle à une véritable stratégie de groupe. Il en va de la pérennité de notre système d'hospitalisation publique.*

*C'est dans cette **perspective collective centrée sur les besoins des patients** plutôt que sur les structures de santé que nous avons voulu situer notre mission. Chacun doit pouvoir accéder au meilleur soin, au meilleur moment, et au meilleur endroit. Pour cela, le GHT doit permettre de :*

- Garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;*
- Mettre en place une gradation des soins hospitaliers et développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation ;*
- Elaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours.*

3. Méthodologie

Notre mission mise en place en décembre 2014 pour l'année 2015, nous avons commencé une série d'auditions dès le mois de janvier 2015.

Notre objectif a été de relayer les enjeux du développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) auprès des différents acteurs du système de santé, ceci, en lien avec les agences régionales de santé.

Nous avons organisé deux types d'échanges : des auditions des représentants des acteurs du système de santé, organisées à Paris, et des concertations en régions, organisées en lien avec les agences régionales de santé.

Pour la première partie de cette mission, nous avons mené 58 auditions ouvertes, d'une durée de 1 à 2 heures, auprès des associations d'usagers, d'élus locaux, des syndicats de praticiens hospitaliers, des syndicats de directeurs d'hôpitaux, l'ensemble des fédérations d'hospitalisation, des représentants des hôpitaux à dimension locale, l'ensemble des conférences hospitalières (présidents de commission médicale d'établissement et directeurs de CH, CHU et CHS), des doyens de universités, des agences régionales de santé, des industriels de la santé, de quelques associations professionnelles, etc. En complément de ces échanges, nos interlocuteurs nous ont adressé 30 contributions écrites.

Nous avons ensuite initié des déplacements en région, allant d'une demie-journée à une journée complète, à la rencontre des acteurs hospitaliers des territoires concernés, sous l'égide des ARS. Ces déplacements nous ont non seulement permis de présenter notre approche et nos propositions, mais également d'échanger directement avec les présidents de commission médicale d'établissement et les chefs d'établissements publics de santé. Parfois, la configuration retenue nous a également conduits à échanger avec quelques élus locaux présidents de conseil de surveillance, voire avec des directeurs d'établissements privés. Nous avons privilégié une cartographie respectueuse de la carte des nouvelles régions à venir au 1^{er} janvier 2016. Ainsi, nous avons d'ores et déjà rencontré les acteurs hospitaliers des Pays de la Loire, de Franche-Comté et de Bourgogne réunis, d'Aquitaine, de Poitou-Charentes et du Limousin réunis, de Bretagne. Nous rencontrerons prochainement les acteurs de Nord-Pas de Calais et de Picardie, de Midi-Pyrénées et du Languedoc Roussillon, de l'Océan Indien. Ce sont en tout quatorze déplacements qui ont été programmés, nous permettant de rencontrer le plus grand nombre possible d'acteurs sur le terrain.

3.1. Les auditions réalisées

- Les représentants des usagers :
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

▪ Les représentants des établissements de santé :

- Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Fédération des Etablissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- Unicancer
- Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM)

▪ Les représentants des personnels médicaux hospitaliers :

- Association des médecins généralistes des hôpitaux locaux (AGHL)
- Association des médecins urgentistes de France (AMUF)
- Avenir Hospitalier
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)
- Confédération des praticiens hospitaliers (CPH)
- Conférence des doyens de faculté de médecine
- Conférence des doyens d'odontologie
- Conférence des doyens de pharmacie
- Conférence des Présidents de CME de CH
- Conférence des Présidents de CME CHS
- Conférence des Présidents de CME de CHU
- Coordination médicale hospitalière
- Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers
- Intersyndicat national des chefs de cliniques
- SAMU Urgence de France
- Syndicat des Biologistes
- Syndicat des DIM
- Syndicat National des médecins des hôpitaux publics
- Syndicat des Pharmaciens Gérants Hospitaliers (SNPGH)
- Syndicat des Radiologues hospitaliers
- SYNPREPH

▪ Les représentants des personnels de direction des hôpitaux :

- Association des directeurs d'hôpital (ADH)
- Conférence des Directeurs de CH
- Conférence des Directeurs généraux de CHU
- Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS)
- Syndicat national CFDT des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (SYNCASS-CFDT)

▪ Les représentants des directeurs des soins :

- Association française des directeurs des soins (AFDS)

- Les représentants des pouvoirs publics :
 - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
 - Bureau des Directeurs généraux des Agences régionales de santé
 - Service de Santé des Armées auprès du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
- Les représentants des élus :
 - Association des Maires de France
 - Association des Régions de France
 - Laclais, Bernadette, Députée, Rapporteuse du titre II du projet de loi de modernisation de notre système de santé, Commission des Affaires sociales, Assemblée nationale
 - Lemorton, Catherine, Députée, Présidente de la Commission des affaires sociales, Assemblée nationale
 - Milon, Alain, Sénateur, Président de la Commission des affaires sociales, Sénat
- Personnalités qualifiées :
 - Coudrier Christiane, ancienne Directrice générale du CHU de Nantes
 - Le Menn Jacky, Sénateur honoraire, chargé de la Mission Attractivité des carrières hospitalières
 - Pericard Benoît, Consultant en santé, ancien Directeur Général d'ARH et de CHU
- Industriels spécialisés dans le secteur de la santé :
 - Association des Structures d'Informatique Hospitalière Publiques Autonomes (ASINHPA)
 - Club des Industriels et des Prestataires de Services en Santé (CIPSS)
 - Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux (LESISS)
 - Syntec Numérique
- Autres :
 - Comité National de Coordination de la Recherche des CHU (CNCR)

3.2. Les déplacements en région

Nous avons réalisé plusieurs déplacements en région, à la rencontre des communautés hospitalières de ces territoires. Ces déplacements ont été organisés en étroite collaboration avec les agences régionales de santé. Ce sont elles qui ont organisé les rencontres. Nous avons choisi, dans un souci de cohérence, de privilégier les frontières administratives issues de la réforme territoriale, en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Ainsi, nous souhaitons remercier les agences régionales qui ont travaillé de concert pour organiser ces déplacements, et réunir les acteurs concernés par les futurs groupements hospitaliers de territoire.

Nous souhaitons aussi vivement remercier les communautés hospitalières de ces territoires. Leurs interventions ont été très riches, et les acteurs hospitaliers, qui ont fait preuve d'un grand enthousiasme, nous ont livré une réflexion riche et dynamique sur les enjeux et leviers de coopération.

Le calendrier des déplacements en régions est le suivant :

- *Janvier 2015 : Pays de La Loire*
- *Février 2015 : Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes*
- *Mars 2015 : Bourgogne, Franche-Comté*
- *Mai 2015 : Bretagne*
- *Mai 2015 : Océan Indien (La Réunion, Mayotte)*
- *Juin 2015 : Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon*
- *Juin 2015 : Nord Pas de Calais, Picardie*
- *Septembre 2015 : Basse Normandie, Haute Normandie*
- *Septembre 2015 : Provence Alpes Côte d'Azur*
- *Septembre 2015 : Centre*
- *Septembre 2015 : Alsace, Champagne, Lorraine*
- *A programmer : Corse ; Ile de France ; Auvergne, Rhône Alpes.*

Les propositions qui ont émané de ces échanges et réflexions nous ont permis, dans un calendrier parlementaire resserré, de proposer une évolution du dispositif législatif, sous forme d'un amendement gouvernemental. Ensuite, ces échanges nous ont permis d'identifier les leviers et obstacles qui devront être traités dans les décrets d'application. Enfin, ces travaux ont et nourrissent notre réflexion dans la perspective de mettre à disposition des acteurs hospitaliers, d'ici la fin de l'année 2015, une « boîte à outils du GHT » les accompagnant dans la réforme.

A mi-parcours du calendrier, il nous semble déjà possible de dresser plusieurs constats.

Tout d'abord, nous souhaitons faire part du consensus qui se dégage autour du GHT. La communauté hospitalière a exprimé dans sa très grande majorité son adhésion de principe à la mise en place de cette coopération renforcée. Les échanges ont davantage porté sur les caractères techniques de mise en œuvre que sur le bien fondé de son existence. C'est une évolution importante des mentalités et les hospitaliers semblent aujourd'hui prêts à s'engager dans des coopérations obligatoires.

Il est ensuite apparu que le fondement du groupement hospitalier de territoire ne peut être que le projet médical partagé. La communauté hospitalière insiste sur la nécessité d'organiser le parcours de soins autour du patient, et non pas autour des structures existantes. Il est essentiel d'organiser le maillage sanitaire du territoire en permettant à tous d'accéder à des soins de proximité et à des soins de recours. Les différentes auditions, les réflexions des acteurs de la communauté hospitalière nous ont enfin permis d'identifier 20 clés pour réussir un GHT.

4. Le groupement hospitalier de territoire, un outil plébiscité par la communauté hospitalière

4.1. Des coopérations entre hôpitaux publics devenues indispensables

Les coopérations entre acteurs publics sont indispensables à deux égards : elles sont un moyen nécessaire et efficace de pallier aux difficultés actuelles et à venir du milieu sanitaire, et sont une réponse adaptée aux objectifs nationaux portés dans la stratégie nationale de santé.

D'une part, l'environnement sanitaire actuel est un environnement contraint. Les difficultés des établissements pour recruter les praticiens de certaines spécialités (notamment les anesthésistes, radiologues ou urgentistes) sont un facteur important de risque pour le maintien d'une offre de qualité et sécurisée dans certains territoires¹.

D'autre part, malgré la qualité des soins prodigués, notre système connaît un accroissement des inégalités d'accès aux soins, qu'elles soient géographiques ou sociales. Ces inégalités peuvent pourtant être réduites grâce à une approche territorialisée de la prise en charge des patients.

Face à cet environnement contraint, force est de constater que les établissements privés de santé ont su impulser une dynamique de coopération notable. La constitution de groupes d'hospitalisation privée est une dynamique engagée depuis maintenant plusieurs années. Leurs représentants ne manquent d'ailleurs pas de le rappeler, pointant du doigt de façon souvent polémique l'inertie des hôpitaux publics.

4.2. Les limites des outils de coopération existante

Si la territorialisation est devenue indispensable pour les acteurs de la communauté hospitalière, il convient de s'interroger sur les difficultés actuelles de sa mise en place. Il apparaît que, malgré le nombre important de dispositifs de coopération disponibles, ceux-ci ne sont que faiblement saisis dans la mise en place de coopérations intégrées.

Les opérations de recompositions publiques les plus intégrées restent très limitées avec une moyenne de 5 à 6 fusions par an sur les 17 dernières années (116 fusions entre 1995 et 2012). Les groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé sont très rares (22 GCS-ES dont aucun n'est constitué exclusivement d'établissements publics). De même, le nombre de communautés hospitalières de territoire (CHT) est notoirement faible (39 en 2013, 45 à l'automne 2014²).

¹ Voir à ce sujet : O. Véran, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte*, Rapport pour le compte du groupe de travail parlementaire socialiste, décembre 2013, 28 p.

² Données déclarées par les ARS, fin 2014, sur l'Observatoire des recompositions du Ministère.

Les chiffres communiqués par les services des ARS et du Ministère nous enseignent que le degré d'investissement dans des processus de coopération des établissements de santé est en outre très variable d'un territoire à l'autre, voire même d'un établissement à l'autre. Ainsi, certaines régions sont entièrement maillées en communautés hospitalières de territoire, tandis que d'autres en sont dénuées. Certains établissements sont intégrés dans des processus intégrant plusieurs outils coopératifs, tandis que d'autres n'ont pas formalisé de coopération territoriale. Au 10 décembre 2014, 44,5 % des établissements publics de santé (402 établissements de santé) n'étaient ni en direction commune, ni en communauté hospitalière de territoire. A contrario, 11,3 % cumulaient une direction commune et une communauté hospitalière de territoire (109 établissements publics de santé). Ces données nous indiquent l'existence d'une logique territoriale de coopération à deux niveaux, et la nécessité de cumuler divers outils de coopération pour mener à bien des coopérations intégrées.

A l'inverse, les outils de coopération sont très largement utilisés dans la mise en place de coopération sur des activités ciblées. En effet, le nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens, secteurs public et privé confondus, a augmenté (621 à ce jour contre 191 fin 2008). Pour autant, leur objet reste limité à quelques activités ou fonctions mises en commun : à ce jour, sur ces 621 GCS de moyens, 326 ont été constitués pour mutualiser des fonctions informatiques, logistiques et/ou administratives.

Ces retours d'expérience mettent en exergue le fait que les outils de coopération intégrée ne permettent pas d'aller jusqu'au bout de la mise en oeuvre d'un projet médical partagé. Les fusions se heurtent souvent aux réalités locales, les communautés hospitalières de territoire ne permettent pas d'actionner les leviers nécessaires à la mise en oeuvre effective des projets, et le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé est un outil dont la lourdeur de gestion est grandement critiquée par les acteurs. En outre, les outils de coopération ciblée, qui connaissent un grand succès, ne conduisent pas à une coopération plus intégrée des acteurs.

« L'objectif des GHT est bien de sortir de postures concurrentielles qui conduisent, d'une part, à un défaut d'offre et de recours sur certaines prises en charges et, d'autre part, au maintien d'activités redondantes et non sécurisées. »

Communiqué de la mission, Février 2015 (cf. APM 23.02.2015)

4.3. La prise de conscience de cet impératif de coopération par les communautés hospitalières

Si la soixantaine d'entretiens conduits depuis le début de l'année 2015 a permis l'expression d'une grande variété de propositions et points d'attention, tous les

interlocuteurs auditionnés, à une exception près, convergent dans leur adhésion claire à la mise en place de GHT.

En complément de ces entretiens avec les représentants des acteurs du système de santé, les déplacements déjà effectués en région n'ont fait que confirmer ce soutien des communautés hospitalières à la mise en place des GHT.

Malgré les inquiétudes et interrogations soulevées, les responsables rencontrés ont témoigné de la nécessité d'engager une dynamique de coopération intégrée entre établissements publics de santé. Conscients des contraintes, qu'elles soient démographiques ou tarifaires, les hospitaliers sont aujourd'hui convaincus que le plus grand risque pour chacun est bien de « *rester seul* ».

La rencontre avec la mission a ainsi permis à chacun d'affirmer sa satisfaction de voir les hôpitaux dotés d'un outil fort de coopération alors qu'il y a quelque temps, nombreux étaient les hospitaliers à redouter la coopération.

Cette conviction de coopération dépasse même les appréhensions des plus petites structures de se voir « absorber » par un plus gros.

Ils nous l'ont dit

*« Le groupe est toujours plus fort que le plus fort du groupe »
(un Président de conseil de surveillance)*

L'expérience de certains hôpitaux de très petite taille a en effet démontré que leur pérennité était liée à leur capacité à s'allier à des partenaires dans leur territoire.

Forts de ce raisonnement, les différents acteurs ont salué le caractère obligatoire des groupements hospitaliers de territoire.

Les représentants du corps médical ont tous appelé de leurs vœux des coopérations territoriales encore plus intégrées que les GHT, déplorant parfois la persistance de lourdeurs administratives et logiques concurrentielles par le maintien d'entités juridiques distinctes.

Acteur particulièrement moteur dans la mise en place de convergences entre établissements de santé, la communauté médicale a même appelé à la transformation des GHT en établissement de santé en lieu et place des membres. Fervents partisans de la fusion, certains représentants du corps médical ont pu formuler des propositions pour des coopérations très intégratrices. Les médecins semblent en effet voir dans l'existence d'établissements distincts des freins à la mise en œuvre d'une prise en charge décloisonnée et continue entre équipes médicales. Les représentants des nouvelles générations de médecins ont plus particulièrement revendiqué une territorialisation du métier de praticien hospitalier.

Soucieux des impacts de la mise en place des GHT sur les situations individuelles des personnes en exercice, les représentants des directeurs d'hôpital n'en demeurent pas moins convaincus de la nécessité de territorialiser les responsabilités des manageurs hospitaliers. Tous se rejoignent sur les objectifs d'égalité d'accès à

des soins sécurisés et de qualité, de gradation des soins hospitaliers entre proximité et recours. La mise en œuvre d'une stratégie de groupe plutôt qu'une stratégie de concurrence est également un élément fédérateur des personnes auditionnées.

Les représentants des directeurs d'hôpital ont en outre dressé un bilan majoritairement positif de la mise en place de directions communes, mettant néanmoins en garde contre la lourde charge de travail qui incombe au directeur tenu de dupliquer les instances. La capacité à proposer un outil simple d'utilisation et léger dans son fonctionnement sera un déterminant majeur du succès des GHT.

Les représentants des usagers ont, pour leur part, souligné que les GHT constituaient une opportunité de labellisation de la qualité des soins hospitaliers, à condition de ne pas compromettre la proximité et la subsidiarité indispensables à l'appropriation de cette dynamique par les usagers eux-mêmes. Convaincus que les patients s'inscrivent effectivement dans des parcours inter-hôpitaux, les représentants des usagers dressent un bilan mitigé de la coordination entre établissements publics de santé au moyen des outils juridiques existants. Rendre obligatoire cette articulation territoriale au profit d'une meilleure cohérence de l'offre de soins hospitaliers constitue pour eux une réponse adaptée pour améliorer la qualité de la prise en charge pour tous et partout. Permettre d'accéder à des compétences expertes, en particulier médicales, harmoniser et faire converger les protocoles médicaux et soignants, permettront aux patients de concilier proximité et sécurité.

En ce qui concerne les représentants des élus locaux, ils revendiquent une défense de l'égalité d'accès à des soins de qualité pour leurs administrés, plutôt qu'une défense des structures hospitalières fragiles. Jusque là garants de l'accessibilité des services pour les usagers, les élus locaux endossent à présent pleinement leurs responsabilités quant à la qualité des services offerts. A ce titre, ils expriment leurs convictions en des coopérations territoriales renforcées qui permettent un accès dès que nécessaire à des compétences rares et le renforcement du travail d'équipe de nature à sécuriser les pratiques.

Au total, les acteurs du système de santé sont non seulement prêts mais également demandeurs d'intensification de la dynamique de coopération entre hôpitaux.

5. Le fondement des GHT : le projet médical partagé

5.1. L'hôpital public marqué par des parcours d'initiés

Force est de constater qu'aujourd'hui, une partie des usagers de l'hôpital public bénéficient de ce que l'on pourrait qualifier de « *parcours d'initiés* ». Ce sont les patients qui bénéficient des conseils et réseaux inter-personnels des professionnels de santé, accédant ainsi aux soins les plus adaptés à leurs besoins.

Un tel dispositif d'orientation, qui n'est pas institutionnalisé, laisse sur la touche une part non négligeable d'usagers qui sont pris en charge au plus près de leurs lieux de vie et n'accèdent pas toujours aux compétences que requiert leur état de santé.

Ce constat percute l'un des fondements de l'hospitalisation publique, à savoir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'objectif des GHT est précisément d'institutionnaliser et structurer ces réseaux, dans une logique de gradation des soins sur le territoire, pour tous les usagers et non pour les seuls initiés.

Les outils de coopération existant n'ont pas, à ce jour, permis de mettre en place ce véritable maillage des soins hospitaliers dans tous nos territoires. Bien des hôpitaux continuent de s'inscrire aujourd'hui dans une logique concurrentielle plutôt que complémentaire.

Il s'agit donc de donner naissance à un outil organisant partout et pour tous une gradation des soins hospitaliers, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient.

5.2. Les GHT, un dispositif qui ne peut qu'être obligatoire

Garantir une véritable égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité suppose de n'exclure aucun territoire, aucun établissement de cette logique réticulaire.

Compte tenu de leur ambition, les GHT ne peuvent donc qu'être obligatoires pour tous les hôpitaux publics. En effet, permettre à un ou plusieurs établissements de s'exclure de cette organisation en réseau, revient à « *laisser des trous dans la raquette* » de ce principe fondateur de l'hôpital public qu'est l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Certains réseaux ont déjà localement pu faire l'objet d'une institutionnalisation au moyen d'un GCS, d'une CHT, d'une fédération médicale hospitalière ou d'une simple convention de coopération. Il s'agit de les conforter et les dupliquer partout où des hôpitaux continuent d'évoluer seuls.

5.3. Le projet médical partagé, ciment du GHT

Autre conséquence directe des objectifs assignés aux GHT, le projet médical partagé se doit d'être la pierre angulaire du dispositif. Le GHT pourra poursuivre des finalités complémentaires et avoir des effets secondaires, notamment en termes de rationalisation des fonctions supports. Néanmoins, ce sont bien des facteurs secondaires qui ne doivent pas détourner le GHT de son objectif premier, ayant commandé sa genèse, à savoir organiser dans le territoire une prise en charge graduée des patients de l'hôpital public.

C'est cette approche centrée sur la prise en charge du patient qui doit guider le découpage territorial en GHT (cf. infra). C'est également de cette approche centrée sur le patient que doit découler l'identification des activités à mutualiser.

L'élaboration du projet médical partagé constituera donc une étape critique dans la constitution des GHT. Ce document fondateur, issu d'un diagnostic territorial robuste (cf. infra), a vocation à définir et structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge de patients, au sein d'un même GHT. Ce projet médical partagé se doit donc d'**intégrer toutes les spécialités**, sans exception. Le GHT est avant tout un outil de proximité. Ce n'est pas l'outil destiné à traiter de la prise en charge des grands brûlés ou de la transplantation d'organes, bien que cela puisse en faire partie. L'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ne peut se limiter à quelques spécialités, laissant perdurer des parcours d'initiés pour une majorité de spécialités. Le projet médical partagé doit prendre en compte toutes les dimensions de prise en charge du patient, plutôt qu'une approche par pathologie. C'est pour cela que le GHT doit être un dispositif obligatoire pour tous les hôpitaux, mais aussi pour chaque type d'hôpital. Il est impensable qu'un projet médical partagé fondé sur la prise en charge du patient se limite par exemple à une prise en charge chirurgicale sans penser à ses besoins en réadaptation. C'est pour cela qu'il est indispensable que l'ensemble des établissements publics de santé soit intégré dans le dispositif. Il n'est donc pas souhaitable de voir se développer des GHT de spécialité. C'est à ce titre que nous avons proposé un amendement spécifique garantissant que les établissements publics spécialisés en santé mentale s'inscrivent dans un GHT, tout en pouvant par ailleurs, avec leurs autres partenaires (secteur ambulatoire, secteur privé), continuer d'organiser des complémentarités. L'approche intégrée doit également permettre de conjuguer la prise en charge médicale et soignante. S'il s'agit bien d'élaborer un projet médical partagé, il va sans dire qu'il devra donner lieu à un véritable projet de prise en charge globale, intégrant la prise en charge soignante.

Ils nous l'ont dit

*« Il est nécessaire d'associer les CHS aux unités de psychiatrie
des centres hospitaliers pour 'désaliéner' les CHS »*
*« Il y a une nécessité d'accélérer le décloisonnement de la
psychiatrie »*

Un psychiatre, représentant syndical

Pour chaque filière, il s'agit donc de mettre en adéquation les besoins et l'offre. L'élaboration du projet médical partagé suppose ainsi de conduire **une analyse des besoins** en matière de soins hospitaliers. Cette analyse ne saurait se limiter à une simple photographie des consommations actuelles de soins alors que les prises en charge ne sont pas toujours adaptées. Il convient en effet d'intégrer :

- les travaux en cours sur la pertinence des actes
- les perspectives épidémiologiques liées notamment à l'évolution démographique
- l'effet de l'évolution des techniques et modalités de prise en charge : virage ambulatoire, télémédecine, etc.

L'un des écueils majeurs rencontrés lors du montage d'une opération de coopération réside en effet dans l'excessive prise en compte de l'offre actuelle de soins. C'est en partant d'une étude approfondie des besoins qu'il deviendra possible de questionner l'offre. Les GHT doivent permettre **d'interroger les manques comme les redondances**. Ce dernier point ne saurait être accessoire. Seulement, pour ce faire, cette réflexion doit être conduite dans le cadre d'une véritable stratégie de groupe et non de stratégies individuelles.

Ils nous l'ont dit

« *Il faut penser un projet médical cohérent et non conquérant* »
Une Présidente de commission médicale d'établissement

Cela suppose une méthodologie de travail engageante pour chaque partie. Cela suppose aussi de désactiver tous les leviers de développement individuel (cf. infra). Cela suppose enfin de **respecter chaque partie**. C'est à ce titre que le projet médical doit être la traduction d'une juste subsidiarité. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé au gouvernement de privilégier le vocable de projet médical partagé, qui nous semblait traduire au mieux une dynamique collégiale respectueuse de chaque partie. Tous les établissements ne peuvent pas faire toutes les activités et ce doit toujours être l'offreur de proximité qui doit être privilégié.

Le projet médical partagé sera ainsi un référentiel qualité organisant d'abord une offre de proximité, mais organisant également l'accès aux compétences de recours et référence. Nous avons ainsi proposé d'intégrer ces notions de proximité, recours et références, dans le premier article relatif à l'objet des GHT que l'Assemblée Nationale a ensuite adopté.

Le projet médical partagé est ainsi le garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers. Néanmoins, comme évoqué précédemment, cette égalité ne prend sens que s'il s'agit d'accéder à des soins sécurisés et de qualité. A ce titre, le projet médical partagé, fait office de référentiel qualité de prise en charge. Non seulement, il présente la stratégie territoriale de complémentarité, mais il intègre aussi des modalités de prise en charge homogènes au moyen de la constitution d'équipes territoriales. Au-delà d'une répartition des activités entre établissements, ce projet doit organiser la collégialité et le travail d'équipe, de nature à sécuriser l'exercice des professionnels hospitaliers encore trop souvent isolé.

C'est effectivement par le développement d'un collectif inter-hospitalier que peut passer la difficile adéquation entre proximité et qualité.

Socle fondateur du GHT, le projet médical partagé est donc, à la fois :

- un document stratégique organisant la réponse coordonnée aux besoins de soins hospitaliers des patients d'un territoire donné
- un traité de subsidiarité conjuguant proximité avec recours et référence
- un référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité.

Clé de vôûte du dispositif, il est l'élément qui doit permettre à chaque patient de bénéficier du meilleur soin, au meilleur endroit et au meilleur moment. Un patient, lorsqu'il pousse la porte d'un hôpital, doit pouvoir avoir la garantie qu'il entre dans un « système », un « groupement », lui permettant d'accéder aux compétences expertes que requièrent son état de santé.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-1. I. [...] 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.

Il ter (nouveau). – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent [...] être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

Notre proposition pour les décrets d'application

- Définir la notion de projet médical partagé, et l'étendue de ce projet médical du GHT
- Prévoir l'articulation entre le projet médical partagé et les projets médicaux d'établissement
- Organiser la procédure simplifiée de cession des autorisations d'activités de soins

Notre proposition pour la boîte à outils

- Une méthodologie d'élaboration d'un projet médical partagé
- Des fiches repères de méthodologie de réalisation d'un diagnostic territorial des besoins

6. Les 20 conditions de réussite

6.1. Une taille adaptée aux mouvements des acteurs du territoire

Le territoire de GHT est un territoire de projet. Il ne peut être déterminé par les frontières administratives des départements ou régions. Le périmètre du GHT correspond davantage à un bassin de vie, aux flux des patients.

Le GHT doit avoir une taille compatible avec l'objectif de maillage des territoires. La taille du GHT doit ainsi permettre la mise en œuvre du projet médical partagé. Il s'agit donc d'une taille qui correspond à une distance acceptable :

- pour les patients dont le parcours inter-hospitalier les conduirait à se déplacer entre des établissements de différents recours ayant organisé une complémentarité de leur offre
- pour les professionnels constituant des équipes de territoire.

Les concertations conduites avec les usagers et la communauté médicale depuis le début de cette année nous conduisent à dire qu'il ne paraît pas raisonnable de constituer des GHT entre établissements distants de plus d'une heure de trajet.

Cette notion de distance est pour autant difficile à traduire en loi, comme en décret. En effet, une heure de trajet, c'est une distance totalement différente selon que l'on vit dans une grande ville, dans une ville moyenne, dans un village ; selon que l'on vit en plaine ou en zone montagnaise ; selon qu'il existe un réseau routier à dimension nationale ou départementale.

L'inscrire en dur, c'est prendre le risque de bloquer les situations sur le terrain.

Pour autant, si cette dimension de taille n'est pas directement traduite dans la loi, elle découle de la notion de soins de proximité, et de constitution d'équipes médicales de territoire.

Au-delà de la distance séparant les établissements de santé, il paraît indispensable de veiller à ne pas regrouper dans un GHT un trop grand nombre d'établissements. En effet, les modalités de fonctionnement et de gouvernance appellent à un collectif resserré.

Selon ces critères, il devrait y avoir entre 150 et 250 GHT sur le territoire national.

Ils nous l'ont dit

« Les GHT ne doivent pas être des AP régionales »
Un Directeur Général d'ARS

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-1. II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient...

Article L. 6132-2. II. 4^o) Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements

6.2. Un diagnostic territorial robuste

Le projet médical partagé du GHT ne peut être élaboré sans la réalisation préalable d'un diagnostic du territoire du GHT. Chaque territoire est différent : par sa géographie, par sa population, par son dynamisme et son attractivité. Chaque territoire est unique et a des besoins spécifiques.

Cette phase de diagnostic territorial est capitale pour l'ensemble du GHT. La coopération entre les établissements parties au GHT ne peut pas être un simple cumul des activités réalisées par chacun. Il convient au contraire d'établir un diagnostic des besoins des patients, puis d'analyser l'offre du GHT dans son ensemble, ses liens avec les autres acteurs du territoire, notamment avec la médecine de ville et l'hospitalisation privée.

Pour ce faire, plusieurs étapes doivent être envisagées :

- Délimitation du bassin de vie, fondée sur la prise en compte des liens structurant les territoires : cartographie des déplacements et infrastructures (transports) du bassin de vie ; analyse de la démographie de la population, et des tendances d'évolution (vieillesse de la population, densité de la population et projections, augmentation des pathologies chroniques et évolutions, flux migratoires)
- Diagnostic de l'état des besoins de santé de la population actuel et à venir
- Diagnostic de l'état de l'offre de soins sur le territoire
- Identification des parcours de soins
- Identification des redondances et carences de l'offre de soins

Le diagnostic territorial ne peut être porté ni en loi, ni en décret. Nous proposerons donc une méthodologie d'élaboration d'un projet médical partagé qui intègre cette dimension territoriale indispensable, ainsi que des fiches repères dédiées à la réalisation d'un diagnostic des besoins de santé. Ce seront les premiers livrables de la boîte à outils, à l'été 2015, afin que les établissements puissent s'appuyer dessus et entamer dès à présent l'élaboration de leur projet médical partagé qui devra être finalisé pour l'été 2016.

Notre proposition pour la boîte à outils

- Une méthodologie d'élaboration d'un projet médical partagé
- Des fiches repères de méthodologie de réalisation d'un diagnostic territorial des besoins

6.3. Une reconnaissance de la spécificité de chaque établissement

L'impératif de gradation des soins dans le GHT requiert une coordination entre hôpitaux de différente nature et de différents niveaux de recours, tout en respectant le cœur de métier de chacun de ces établissements. Les GHT doivent organiser la complémentarité des établissements de santé de l'offre hospitalière publique, grâce à la prise en compte de la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins.

Les hôpitaux locaux et de proximité, véritable passerelle entre l'ambulatoire et l'hospitalisation ont un rôle de proximité et de premier recours. Ces établissements ont toute leur place dans les GHT, et la reconnaissance de leur spécificité en qualité d'établissement de premier recours doit s'inscrire dans les projets médicaux partagés. Par ailleurs, les GHT contribuent à la pérennité des hôpitaux de proximité en leur permettant d'accéder à des compétences rares et des infrastructures robustes grâce à la mutualisation. Ils pourront par exemple bénéficier de compétences de médecin DIM, de compétences informatiques, de certaines compétences médicales pour lesquelles ils connaissent des difficultés de recrutement, et ce grâce à la mise en place de consultations avancées ou au développement de la télémédecine.

Compte tenu de la sectorisation et de leurs obligations spécifiques, **les établissements publics spécialisés en santé mentale** doivent pouvoir poursuivre leurs partenariats en complément de leur adhésion à un GHT. Cela peut passer par l'association aux projets médicaux partagés d'autres GHT.

Compte tenu du principe d'exclusivité territoriale qui les caractérisent, **les établissements d'hospitalisation à domicile** devraient également être associés aux projets médicaux des GHT situés sur leur aire géographique, dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

Concernant **les établissements privés**, leurs représentants ont revendiqué le principe du volontariat : ceux qui le souhaitent devraient pouvoir établir des partenariats avec les établissements parties au GHT. Les GHT seront respectueux des coopérations mises en place sur le territoire entre offreurs de soins privés et publics. Il n'est absolument pas question que ces coopérations soient remises en question. Au contraire, elles permettent le nécessaire maillage du territoire et la prise en charge des patients. Elles doivent être complémentaires avec les GHT.

Notre proposition dans la loi

« II ter (nouveau). – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« II quater (nouveau). – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé, un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« III bis (nouveau). – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'Etat limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

Notre proposition pour la boîte à outils

- Des modèles de conventions d'association avec les établissements partenaires des GHT
- Des fiches repères sur les modalités de fonctionnement de ces partenariats

6.4. Une valence hospitalo-universitaire pour chaque GHT

Tous les établissements de santé étant tenus de s'inscrire dans un GHT, certains groupements compteront parmi leurs membres un CHU. Mais ça ne sera pas le cas de tous les GHT car leur taille ne saurait être régionale. Alors que l'objectif est de mettre en place entre 150 et 250 GHT, nous comptons 30 CHU.

Or, il paraît souhaitable de valoriser l'excellence hospitalo-universitaire qui s'est construite depuis plus de 50 ans maintenant en permettant à tous les GHT de bénéficier de l'apport des CHU dans certains domaines qui permettent une prise en

charge de qualité des patients. Cette association permettrait de conférer une valence hospitalo-universitaire à l'ensemble de l'offre d'hospitalisation publique, en organisant en commun :

- **La recherche** : l'association avec un CHU peut être un facteur important de développement de la recherche clinique. Trop nombreux sont les projets de recherche à se délocaliser, faute de pouvoir constituer des cohortes suffisantes de patients entre hôpitaux. Trop nombreux sont également les CH à ne pouvoir développer leurs projets de recherche compte tenu des coûts d'entrée existant en matière de recherche clinique.
- **L'enseignement** : l'association avec un CHU est de nature à enrichir la formation des futurs professionnels médicaux et de santé. Ces professionnels exerceront, pour la plupart, des responsabilités territorialisées. Il paraît adapté de leur permettre d'appréhender tout type de structures hospitalières et de se préparer à cette territorialisation de leurs métiers.
- **La prospective médicale** : l'association avec un CHU peut améliorer la visibilité des perspectives de carrières pour les jeunes médecins. Nombreux sont les chefs de clinique à accepter un poste par défaut, par manque de visibilité sur les opportunités qui peuvent leur être offertes dans les établissements publics voisins. Les CHU peuvent recenser les besoins des GHT et présenter à leurs impétrants les postes à pourvoir.
- **Le recours** : l'association à un CHU peut permettre d'organiser la gradation des soins au sein du GHT, en envisageant l'organisation des soins de recours régional voire inter-régional, qui ne constituent pas l'objet principal de chaque GHT (cf. supra).

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132.1.II bis. Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

Article L. 6132.4.III. Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4° Les missions de référence et de recours.

Notre proposition pour la boîte à outils

- Des modèles de conventions d'association entre GHT et CHU
- Des fiches repères sur l'organisation en commun de chacune des 4 activités hospitalo-universitaires

6.5. L'absence de personnalité morale au profit d'un établissement support

Les coopérations entre établissements publics de santé les plus intégrées ne donnent pas lieu à la création de personnalité morale. C'est le cas des directions communes et des fédérations médicales inter-hospitalières qui permettent la mise en place de pôles et d'équipes de territoire, en se traduisant simplement par une convention. Dans des domaines plus spécifiques, comme les achats dont il sera question dans les GHT, là encore le modèle conventionnel du groupement d'achat permet des opérations très intégrées sans création de personne morale nouvelle.

Les fusions, quant à elles, donnent effectivement lieu à la création d'une nouvelle personne morale. Toutefois, ces personnes morales nouvelles sont créées en lieu et place des entités juridiques des établissements se réunissant.

A l'inverse, les coopérations donnant lieu à la création d'une nouvelle personne morale en sus de celle des établissements membres, comme c'est le cas pour les GCS, sont largement dénoncées par les acteurs du fait de la dilution des responsabilités et de la lourdeur administrative induite (duplication d'instances et de budgets). C'est d'ailleurs l'une des raisons principales du recours extrêmement limité aux GCS – établissements de santé (22 depuis 5 ans).

L'expérience a donc montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. A fortiori, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prise de décision claires et efficaces d'autre part.

A ce constat, s'ajoute celui du nombre déjà très important de personnes morales dans le champ de l'hospitalisation publique : plus de 900 établissements constituant chacun une personne morale existent déjà. Dans un souci d'économie, il paraît difficilement défendable d'ajouter des entités supplémentaires. L'expérience de la coopération inter-communale peut servir d'exemple pour illustrer les effets d'une duplication de moyens.

C'est donc en s'appuyant sur l'une des personnes morales composant le GHT que celui-ci va pouvoir fonctionner : il s'agit de l'établissement support. Il sera choisi par les établissements parties. Lorsque cela s'avèrera nécessaire, c'est cette personne morale qui supportera, pour le compte du GHT, tous les actes et opérations requérant un support organique (recrutement, achat, etc.). Cela suppose donc de définir et créer un véritable statut de l'établissement support afin que chacun puisse bénéficier de cette souplesse de fonctionnement tout en maintenant une

transparence adaptée pour tous les établissements engagés. Les modalités de gouvernance définies dans la loi ont vocation à clarifier les responsabilités de chacun (cf. infra).

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-2 – II. 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux;

Article L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en oeuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis (nouveau) La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Notre proposition pour les décrets d'application

- Définir les modalités de gestion par l'établissement support des fonctions mutualisées
- Définir l'articulation entre le rôle de l'établissement support et le rôle des établissements parties au GHT
- Définir l'étendue des mutualisations obligatoires

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un modèle de convention constitutive
- Des fiches repères pour le fonctionnement sans personne morale pour chacune des activités mutualisées dans le GHT

6.6. L'évolution du métier de Directeur d'hôpital

La mise en place des GHT et de leurs établissements supports est de nature à profondément modifier l'exercice du métier de directeur d'hôpital. Les décideurs hospitaliers devront désormais endosser des responsabilités territoriales, dans le cadre de stratégies de groupe. Cela va vraisemblablement se traduire par des responsabilités accrues pour certains, l'acquisition de compétences en management territorial pour tous, une spécialisation accrue pour certains postes d'adjoints, l'intensification des postes de directeurs délégués ou directeurs de site, etc. Les directeurs d'hôpital sont également appelés à s'inscrire dans un environnement plus riche de partenaires.

Les acteurs ont tout à fait appréhendé cette mutation puisque leurs représentants, s'ils ne sont pas opposés à ces évolutions, ont fait part de leurs inquiétudes quant à l'accompagnement qui sera proposé à chaque professionnel.

A l'instar des professions médicales, les jeunes générations de directeurs ont parfaitement intégré cette évolution vers une territorialisation de leur métier. Revendiquant un exercice collectif, ils appellent également à une adaptation des statuts qui doivent accompagner cette transformation de leur exercice.

Ces évolutions statutaires nous paraissent indispensables tant les directeurs ont vocation à jouer un rôle majeur dans la mise en place des GHT. Elles doivent permettre une juste valorisation, pérenne et uniforme à l'échelle nationale, de l'évolution des responsabilités dans le cadre d'un exercice territorialisé. L'expérience des directions communes montre en effet que le cadre statutaire et indemnitaire actuel est fragile et insuffisamment adapté à des organisations durables.

Notre proposition pour les décrets d'application

- Réviser le régime indemnitaire des directeurs d'hôpital de sorte à intégrer un dispositif de rémunération uniforme et adapté à :
 - L'accroissement des responsabilités des chefs des établissements supports
 - La territorialisation de la majorité des postes de directeurs adjoints
 - L'éventuelle mise en place de postes de directeurs délégués, auprès du directeur de l'établissement support

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un dispositif d'accompagnement des situations individuelles

6.7. Une gouvernance personnalisable

Le texte initial du projet de loi ne comportait aucune disposition relative à la gouvernance du GHT.

Cela a largement été soulevé lors des auditions, par nos interlocuteurs émanant de différents corps et sensibilités. Leur demande était d'assurer une juste représentation des différents acteurs des établissements, en ne dénaturant pas les équilibres existant dans les établissements de santé, et de laisser la souplesse nécessaire aux acteurs pour pouvoir décider eux-mêmes de la gouvernance la plus adéquate dans chacun des GHT.

Nous nous sommes longuement interrogés sur la nécessité d'inscrire dans la loi expressément l'ensemble des instances qui pourraient être installées au niveau du GHT. Il nous semble finalement que le GHT doit rester un instrument souple que les acteurs des établissements puissent pleinement s'approprier. L'enseignement des GCS (cf. supra), en particulier ceux érigés en établissements de santé, nous a également conduit à la prudence en évitant de systématiser la duplication des instances.

Nous avons donc souhaité rester dans l'esprit du texte et des réflexions des représentants auditionnés au cours de la mission, tout en posant néanmoins un minima de gouvernance. Ce socle de gouvernance permet d'assurer à la fois un respect des équilibres de gouvernance des établissements de santé et l'opérationnalité des GHT.

Les modalités de gouvernance reposent sur un établissement support et la mise en place d'une instance stratégique et d'un comité territorial des élus.

Cette instance stratégique correspond à un « directoire » de groupement, réunissant les directeurs, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers. Par souci de fluidité, un bureau

restreint pourra être mis en place dans les plus gros GHT afin de préserver un format adapté à une prise de décision efficace.

La nature conventionnelle du GHT permet, en complément, aux établissements parties d'organiser, s'ils le souhaitent, la mise en place d'instances communes.

Cette gouvernance apporte au GHT la souplesse nécessaire à sa mise en œuvre opérationnelle, tout en garantissant le respect des établissements le composant et leurs spécificités.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-2 - II. 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) (nouveau) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

Notre proposition pour les décrets d'application

- Prévoir les modalités de constitution d'une commission médicale commune
- Prévoir les modalités de représentation des soignants des ES dans une instance commune

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un modèle de convention constitutive

6.8. La mise en place d'équipes médicales de territoire

Comme évoqué précédemment, le projet médical partagé a vocation à être un véritable référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. En effet, organiser une prise en charge hospitalière territorialisée suppose nécessairement de se donner les moyens de mettre en place des équipes inter-établissements.

Ces équipes inter-établissements sont destinées à homogénéiser les protocoles de prise en charge, à apporter des compétences expertes qui ne peuvent être dupliquées dans chaque établissement, à sécuriser les pratiques des professionnels isolés. Tous les professionnels de santé n'ont pas vocation à avoir, demain, un exercice territorialisé. Néanmoins, il paraît illusoire de penser qu'un projet médical partagé pourra se mettre en œuvre, dans toutes les spécialités, sans l'émergence de collectifs de territoire, là où des besoins auront été identifiés.

La mise en place de ces équipes de territoire sera facilitée par la mutation des modes de prise en charge de patients. La télémédecine peut par exemple permettre d'apporter une compétence experte sur un site sans organiser le déplacement du professionnel. Il convient cependant de permettre aux établissements de santé de valoriser cette activité au même titre que leurs activités sur site. Sans dispositif de rémunération généralisé pour les téléconsultations et téléexpertises, les professionnels de santé seront contraints de se déplacer, passant parfois beaucoup de temps dans les transports.

De même, certains sites de proximité pourront évoluer vers une offre ambulatoire, laissant le soin aux plateaux de recours d'assurer la prise en charge des patients la nuit et les week-ends.

S'il existe aujourd'hui des outils permettant de promouvoir des collectifs inter-établissements, le cadre en vigueur paraît cependant inadapté aux ambitions des GHT.

Premièrement, c'est **le régime indemnitaire des praticiens hospitaliers** qui nécessite d'être ajusté. A l'heure actuelle, la seule indemnisation de la territorialité réside dans la prime multi-site. Ce dispositif, s'il a pu faciliter la mobilité, se révèle désincitatif dans le cas de déplacements exigeants et fréquents. Cette indemnité forfaitaire ne prend aucunement en compte l'intensité des déplacements effectués. De même, cette indemnité est conditionnée à l'existence d'entités juridiques distinctes. Un praticien hospitalier qui garderait le même exercice territorial mais au sein d'établissements convergeant dans le cadre d'une fusion, se verrait alors pénalisé. Certains établissements tentent de compenser cette imperfection par le recours à des plages de temps additionnels par exemple. Mais cette pratique, si elle a le mérite d'apporter une solution à des situations identifiées, ne paraît ni sécurisée sur le plan juridique, ni pérenne.

Les ambitions de territorialisation des professions médicales hospitalières appellent donc à repenser l'indemnisation de la territorialisation de l'exercice médical. Une brique indemnitaire complémentaire, issue d'une grille nationale mesurant le degré de territorialité, pourrait venir compléter l'arsenal indemnitaire des statuts de PH. Inspiré du dispositif des parts dites fonctions de l'indemnisation des directeurs d'hôpital, ce régime reste à préciser. Les variables de la territorialité constitutives de cette grille de cotation restent en effet à définir parmi des critères tels que : les distances parcourues, la fréquence des déplacements, le nombre de sites différents, etc.

Deuxièmement, ce sont **les modalités de gouvernance médicale** qu'il convient d'adapter. La mise en place de pôles inter-établissements, dans le cadre des fédérations médicales inter-hospitalières, bute aujourd'hui sur le maintien de responsables de structures internes propres à chaque établissement. Or, des organisations médicales inter-établissements appellent à l'identification d'un responsable médical susceptible de bénéficier d'une réelle délégation de gestion et d'une autorité sur les professionnels de son équipe. La mise en place d'un cadre juridique permettant la désignation de ce responsable et le dotant des outils nécessaires à la mise en œuvre de ses responsabilités paraît donc incontournable.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-2 - II (nouveau). – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :
4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements

Notre proposition pour les décrets d'application

- Adapter le régime indemnitaire des PH
- Définir les responsabilités et modalités de gouvernance des pôles inter-établissements.
- Intégrer dans les nomenclatures de nouvelles lettres-clés destinées à assurer une juste rémunération de toutes les téléconsultations et téléexpertises réalisées par des experts hospitaliers.

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un guide de la constitution d'un pôle inter-établissement ou d'une équipe médicale de territoire

6.9. Une organisation commune des services médico-techniques

La mutualisation des services médico-techniques est un levier indispensable d'amélioration des pratiques et de la qualité des activités du groupement.

Il paraît en effet difficilement envisageable de bâtir de véritables filières inter-hospitalières de prise en charge sans que l'ensemble des activités support soient homogénéisées. Les patients pris en charge dans l'un des établissements du groupement, doivent pouvoir avoir la garantie de bénéficier d'examens médico-techniques homogènes, qu'ils soient transférés vers un autre site ou non. Le professionnel de santé exerçant en multisite doit également pouvoir solliciter des fonctions médico-techniques d'organisation et de qualité identiques quel que soit l'endroit où il exerce sa vacation.

La mutualisation de l'imagerie permettrait également de mettre en place de véritables stratégies publiques d'imagerie, de mutualiser les équipements et les investissements nécessaires en vue d'un accès à des soins de qualité. Elle fait partie intégrante d'un projet médical de territoire, sans être excluante des coopérations publiques - privées existantes, particulièrement développées dans cette activité.

La mutualisation de la biologie médicale est, quant à elle, un levier offrant la possibilité aux laboratoires publics de conserver une biologie médicale de proximité tout en développant la biologie médicale de pointe grâce à une harmonisation des protocoles et pratiques, une mutualisation des moyens techniques, et la constitution d'équipes de biologie médicale de territoire. Dans la perspective de l'accréditation COFRAC attendue pour l'année 2016, la définition d'une organisation commune de l'activité de biologie médicale est une solution efficace de maintien d'une offre publique de biologie médicale sur l'ensemble du territoire, supplantant une logique territoriale à une logique de fonctionnement en entités juridiques.

La mutualisation des activités de pharmacie participerait du développement des missions de territoire des pharmaciens, et permettrait aux pharmaciens la mutualisation de leurs activités d'approvisionnement par exemple, au profit du développement de la pharmacie clinique.

Cette organisation territorialisée des activités médico-techniques est donc de nature à assurer le maintien des sites nécessaires aux activités de proximité des établissements de santé, le développement d'activités spécialisées et d'une recherche clinique au service d'un accès à des soins d'une toujours plus grande qualité.

Cette convergence de l'ensemble des activités médico-techniques correspond aux attentes des professionnels de santé en leur permettant de s'inscrire dans des logiques d'équipes, et de développer l'attractivité de leurs professions. C'est ce que leurs représentants nous ont tous exprimé lors des auditions conduites.

Nous ne proposons pas des plateaux techniques uniques mais bien une organisation commune, garantissant une homogénéité de pratiques et laissant la souplesse

nécessaire aux établissements pour construire ensemble les mutualisations les plus adaptées à leurs territoires.

Parmi les propositions que nous avons faites, celle-ci, bien que nous y accordons une importance particulière, n'est, à ce jour, pas inscrite dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Pour autant, nous continuons de penser que ces services médico-techniques doivent être au cœur de la réflexion du projet médical partagé. L'article 27 laisse la possibilité aux établissements de santé de mutualiser ces fonctions.

Notre proposition dans la loi

« Les établissements parties au groupement organisent en commun les activités de pharmacie à usage intérieur, d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de biologie médicale, le cas échéant au sein de pôles inter-établissements »

Notre proposition n'a pas été intégrée à ce stade des débats parlementaires.

6.10. Un système d'information convergent

La gestion d'un système d'information constitue un levier central de réussite du GHT en appui à sa stratégie médicale. A l'heure actuelle, le système d'information hospitalier est un édifice complexe. Le parc applicatif des établissements de santé est en général divers et hétérogène et se caractérise par des lourdeurs de gestion et des échanges de données limités impactant le processus de prise en charge du patient. Le système d'information d'un établissement de santé est ainsi construit à partir de 40 à 350 briques applicatives majoritairement préfabriquées (progiciels) qui communiquent difficilement entre elles.

Dans la perspective de la constitution de GHT assis sur un projet médical partagé, la gestion d'un système d'information convergent permettra d'améliorer l'accès aux informations par les professionnels, la sécurité des soins et la mutualisation d'activités.

Il paraît en effet illusoire de croire que le projet médical partagé pourra être mis en œuvre si l'on ne dote pas les professionnels de santé d'outils de travail homogènes. Comment imaginer qu'un médecin se déplacera dans un hôpital de proximité pour y assurer des consultations avancées s'il doit, selon le site sur lequel il exerce, utiliser des logiciels de prescriptions différents ?

Il est essentiel que le dossier patient puisse être accessible par les équipes de soins qui devront assurer sa prise en charge, et par conséquent que les systèmes d'informations des différents établissements du groupement communiquent entre eux. Mais il paraît essentiel aussi de ne pas se limiter à une simple interopérabilité des systèmes en harmonisant les logiciels. Il n'est pas souhaitable par exemple que le dossier patient puisse simplement être consulté sans être renseigné parce que les logiciels ne sont pas les mêmes.

Les questions soulevées lors de nos échanges ont concerné le calendrier de mise en oeuvre du système d'information convergent. Il n'est pas possible, ni souhaitable dans le contexte de contrainte budgétaire, de remplacer l'ensemble du parc logiciel immédiatement. Il s'agira plutôt d'avoir une cible convergente de l'ensemble des établissements du GHT pour pouvoir, à terme, travailler sur les mêmes outils, quel que soit le lieu d'exercice dans le GHT. L'objectif est bien d'avoir un dossier patient unique permettant une prise en charge optimale du patient avec la connaissance des différents soins et actes techniques dont il a bénéficié. Cette démarche doit être progressive dans le temps, mais est indispensable à la mise en oeuvre d'un projet médical partagé de qualité.

Le terme de système d'information convergent a été substitué au terme de système d'information unique dans la loi, afin de mieux correspondre à la démarche progressive d'homogénéisation des systèmes d'information vers un système convergent du GHT.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en oeuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34

Notre proposition pour les décrets d'application

- Définir les modalités calendaires de cette démarche
- Définir des jalons de réalisation de la trajectoire d'homogénéisation

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un guide relatif à la mise en place d'un système d'information convergent
- Des fiches repères d'adaptation des procédures d'acquisition

6.11. Un DIM de territoire

Elaborer un projet médical partagé autour d'une stratégie commune de prise en charge suppose nécessairement de pouvoir analyser l'activité des établissements d'un même GHT. Cette analyse suppose elle-même que l'activité soit codée selon les mêmes pratiques afin de mettre en perspective des éléments comparables.

Ce sont autant d'éléments qui appellent à la mise en place d'un département de l'information médicale de territoire, chargé de :

- Mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage au sein des établissements parties au GHT ;
- Produire l'analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble du groupement hospitalier de territoire en lien avec la communauté médicale ;
- Participer à l'évaluation et à l'analyse des pratiques au sein du GHT, pour accompagner la démarche qualité.

En complément de cet impératif d'homogénéisation des pratiques des DIM, force est de constater que les médecins DIM constituent aujourd'hui une compétence rare, conduisant bien souvent à une pratique isolée. Les GHT sont à ce titre une opportunité d'amélioration des conditions de travail des médecins DIM en leur octroyant la possibilité d'un exercice collectif, de nature à développer leur spécialité, et à atténuer les contraintes de leur métier.

Ces DIM de territoire n'ont néanmoins pas vocation à engager une valorisation et facturation unique des établissements d'un même GHT. Entités juridiques indépendantes, chaque établissement de santé d'un même GHT continuera d'émettre ses propres flux de facturation à l'égard de ses débiteurs, avec l'appui néanmoins d'un DIM commun.

Ce DIM de territoire interroge fortement la territorialisation de fonctions partenaires, en particulier le contrôle et l'analyse de gestion. Compter de la même façon est incontournable pour construire un projet médical partagé. Ces fonctions-là, bien que n'ayant pas d'existence légale, devront également être mutualisées dans le GHT.

Il restera à définir, dans le cadre des décrets et de la boîte à outils, les modalités concrètes de mise en œuvre de ce DIM de territoire, depuis la nomination du médecin responsable à la convergence de leurs organisations et outils de travail.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

1° bis (nouveau) La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement

Notre proposition pour les décrets d'application

- Définir les modalités de gestion du DIM de territoire
- Définir les modalités de nomination du médecin responsable du DIM

Notre proposition pour la boîte à outils

- Des fiches repères d'organisations types d'un DIM de territoire

6.12. La mutualisation des achats

Si le projet médical partagé organise le travail d'équipe et la collégialité des équipes médicales, il est indispensable que les professionnels médicaux et soignants puissent travailler avec les mêmes matériels et équipements dans tous les établissements de santé d'un même GHT. Les outils de travail se doivent d'être homogènes pour permettre la constitution d'équipes de territoire, au même titre que la convergence du système d'information.

Cette convergence des matériels et équipements suppose une mutualisation des achats.

En outre, tous les établissements de santé ne sont pas dotés d'acheteurs professionnels, et une part importante des marges de manœuvre des établissements de santé en matière d'achats relève de la professionnalisation de cette fonction. En effet, la mise en oeuvre d'une fonction achats nécessite des compétences expertes, qui sont encore des compétences rares. Mutualiser cette fonction, c'est permettre aux établissements de santé de mettre en commun ces compétences expertes. C'est aussi leur permettre d'être plus « solides » dans la négociation de leurs marchés avec les prestataires, et ainsi de dégager des marges d'efficience puisque la composition publique du GHT lui permet de se constituer en groupement d'achats.

Tout en étant respectueux des groupements d'achats existants, le GHT est l'échelon pertinent pour de nombreux achats. Il doit s'inscrire dans les dispositifs à vocation régionale ou nationale existants.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

2° La fonction achats

Notre proposition pour les décrets d'application

- Définir la fonction achats
- Introduire des groupements d'achats dans les GHT
- Articuler avec les groupements d'achats régionaux et nationaux

Notre proposition pour la boîte à outils

- Un kit fonction achats

6.13. Une politique formation unifiée

Le projet médical partagé, au service de l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, ne saurait se mettre en œuvre sans une homogénéisation des compétences des équipes médicales et soignantes. Le patient doit en effet pouvoir bénéficier, dans chaque établissement du GHT, d'une qualité de prise en charge identique. Outre la mise en place d'équipes de territoire et le partage des compétences expertes, c'est bien des pratiques de tous les professionnels médicaux et soignants dont il est question.

Or, la démarche qualité au sein des établissements passe par la formation des équipes médicales et soignantes, par l'harmonisation de leurs protocoles de prise en charge et par la diffusion des bonnes pratiques. C'est la raison pour laquelle il nous semble essentiel d'organiser une politique unifiée de formation continue et de développement professionnel des équipes. Cette mutualisation permettra aux équipes de bénéficier des mêmes formations, d'acquérir les mêmes compétences et d'harmoniser leurs pratiques sur l'ensemble du territoire du GHT.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

6.14. Une solidarité financière entre établissements d'un même GHT

Mettre en œuvre un projet médical partagé peut impliquer de questionner les redondances d'offre entre établissements devenus partenaires. C'est passer d'une stratégie de concurrence à une stratégie de groupe, dans un souci de complémentarité.

Ce type de raisonnement ne pourra décemment pas être porté par les établissements de santé soumis chacun, par le modèle de financement actuel, à un environnement extrêmement concurrentiel. Il est aujourd'hui totalement compréhensible que des établissements poursuivent des activités au détriment de leurs voisins, parfois dans une spirale négative en termes de qualité de prise en charge, dès lors que leurs recettes dépendent directement des séjours effectués en leur sein et non chez leurs voisins.

Ce constat, c'est celui que font aujourd'hui les communautés médicales. Nombreux ont été leurs représentants à nous exprimer, lors des auditions et déplacements, qu'il était illusoire d'aboutir à une répartition cohérente des activités de soins si des aménagements aux effets concurrentiels du mode de financement n'étaient pas apportés.

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. Il s'agit donc de concevoir des mécanismes de solidarité de trésorerie entre établissements publics d'un même GHT, à l'image des mécanismes de cash pooling que les groupes privés ont su mobiliser de longue date.

Cette solidarité de trésorerie, si elle peut paraître disruptive par rapport aux règles comptables actuelles, est pourtant de nature à générer des économies en homogénéisant les processus relatifs aux opérations comptables et donc les fonctions de trésorier-payeur, au moment même où les établissements de santé sont soumis à la certification de leurs comptes.

Cette solidarité de trésorerie doit s'accompagner préalablement d'une solidarité budgétaire. Le dialogue de gestion entre les établissements et les ARS, à l'occasion par exemple de l'approbation des EPRD, doit désormais s'inscrire dans le cadre des GHT. La tutelle ne peut en effet pas entretenir des postures individualistes et doit être en mesure d'accepter de déroger aux règles budgétaires si les déficits des uns sont compensés par les excédents des autres. Cependant, cela doit se mettre en œuvre avec le plus de souplesse et de légèreté possible pour les établissements. Il ne s'agit certainement pas d'introduire la production de comptes combinés aux directions financières alors que cet exercice n'a su être réalisé à l'occasion des CHT.

Cette évolution du cadre budgétaire et comptable des établissements publics de santé est probablement l'un des principaux leviers pour diffuser une stratégie de groupe entre établissements. C'est une évolution exigeante car particulièrement innovante, mais qui paraît néanmoins la solution la plus raisonnable en l'absence de modalités de financement au parcours. Conscients de ces difficultés, nous avons

proposé de définir ce nouveau cadre budgétaire et comptable dans un délai d'un an, par voie d'ordonnance, de sorte à construire un modèle opérant et sans lourdeur. Ce sera incontestablement un rendez-vous crucial pour la pérennisation des GHT.

Notre proposition dans la loi

7° (nouveau) Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7

Notre proposition pour les textes d'application

- Réformer les règles budgétaires et comptables des établissements de santé par voie d'ordonnance

Notre proposition pour la boîte à outils

- Si nécessaire, un guide de comptabilité pour le GHT

6.15. Des autorisations d'activités de soins territorialisées

Organiser une prise en charge territoriale, c'est bien organiser un partage cohérent des activités entre établissements. C'est donc, comme évoqué précédemment, se poser la question des redondances d'offre. C'est éviter que deux établissements publics développent exactement la même offre de chirurgie à 20 minutes de distance. Or, si certaines autorisations portent sur des activités très spécifiques et de référence, le régime des autorisations ne permet globalement pas, une fois l'autorisation octroyée, de définir le degré de recours des activités mises en œuvre. Ce régime des autorisations ne permet pas de penser à une complémentarité de mise en œuvre, dans une logique de filière, entre établissements partenaires.

Plusieurs gestionnaires, responsables médicaux et régulateurs ont soulevé cette inadéquation des autorisations à la territorialisation des prises en charge.

En complément, d'autres interlocuteurs ont également rappelé la violence symbolique de se voir retirer une autorisation dès lors que les établissements de santé se définissent aujourd'hui par la titularité de leurs autorisations.

Ces deux constats amènent à envisager une réforme du régime des autorisations pour intégrer la territorialisation des pratiques et prises en charge. Plusieurs

propositions nous ont été formulées : l'autorisation d'équipes qui pourraient être territorialisées, en lieu et place de l'autorisation de sites comme c'est actuellement le cas ; l'introduction d'une variable relative au degré de recours pour chaque autorisation d'activité de soins ; la concentration de toutes les autorisations sur l'établissement support pour une mise en œuvre dans l'ensemble du GHT ; etc.

Ces propositions emportent néanmoins des conséquences au-delà de la sphère des établissements publics de santé parties à un GHT puisque le régime des autorisations et le même pour les établissements privés.

Il est donc proposé d'intégrer les ambitions de territorialité dans les travaux en cours sur la réforme du régime des autorisations qui doit prendre la forme d'une ordonnance dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi de santé (article 51 du projet de loi).

Là encore, ce sera un rendez-vous important pour la consolidation des GHT.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-2 – II – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

[...]

3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements partie au groupement

Notre proposition pour les textes d'application

- Territorialiser le régime des autorisation par voie d'ordonnance

6.16. Une certification conjointe par la HAS

Les processus de certification sont un autre levier fort pour que les projets médicaux partagés, une fois élaborés, soient traduits d'effet.

Plus particulièrement, la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS), en particulier dans sa dernière version avec la mise en place du compte qualité, paraît une modalité de valorisation-clé des efforts engagés en matière d'homogénéisation des pratiques et protocoles de prise en charge.

Comme évoqué précédemment, l'ambition est bien de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cela suppose que le patient ait la garantie de bénéficier de la même qualité de soins, quel que soit l'établissement par lequel il accède au GHT. Concevoir un projet médical partagé, c'est donc se doter d'une politique qualité partagée.

Outre la présentation des intentions en la matière, dans le cadre du projet médical partagé, il faut en effet prévoir un dispositif d'évaluation garantissant ce label qualité commun au GHT. C'est pour cette raison que les établissements d'un même GHT doivent s'engager conjointement dans la démarche de certification par la HAS.

Là encore, cette convergence doit être conçue de façon progressive car le préalable reste bien l'élaboration du projet médical partagé, lequel se traduira ensuite par la rédaction puis la mise en œuvre de protocoles de prise en charge unifiés. Si certains établissements paraissent déjà prêts à cette certification conjointe comme en attestent les demandes de certains GCS ou CHT, la plupart doivent se mettre en ordre de marche pour la prochaine génération de certification, à compter de 2018. Dans l'attente, ces établissements doivent au moins harmoniser leurs calendriers de certification et produire progressivement un compte qualité commun.

Par souci de lisibilité néanmoins, et comme cela a été demandé par les représentants des usagers, cette certification conjointe doit pouvoir continuer d'être notifiée à chaque établissement de santé.

Notre proposition dans la loi

Article L. 6132-5. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire

Notre proposition pour les décrets d'application

- Préciser la trajectoire de mise en œuvre d'une certification conjointe dans le cadre des GHT

6.17. Une préparation commune de la certification des comptes

Autre processus d'évaluation des pratiques, la certification des comptes constitue également un levier fort de mise en œuvre des GHT. La mutualisation des fonctions supports au service des activités médicales et soignantes, la mise en place de mécanismes de solidarité budgétaire et financière, appellent une homogénéisation des processus relatifs à la dépense et à la recette dans les hôpitaux.

S'il s'agit effectivement de fonctions supports, il paraît par exemple difficilement concevable de mettre en œuvre une mutualisation des achats (au profit d'une

uniformisation des équipements et matériels utilisés par les professionnels de santé) sans harmonisation des processus de passation de marché et d'approvisionnement.

Le cadre actuel de la certification des comptes ne permet néanmoins pas d'avoir une certification unique puisque tous les établissements ne sont pas aujourd'hui concernés et, ceux qui le sont s'engagent dans cette démarche avec des calendriers très variables. Il semble néanmoins que les établissements d'un même GHT devraient pouvoir se préparer ensemble, au moment où ils devront de toute façon questionner et comparer les organisations et pratiques de leurs services supports appelés à être mutualisés dans le cadre des GHT (a minima pour la gestion du système d'information, de l'information médicale, des achats et de la formation).

6.18. Des ARS en appui de la démarche des établissements publics de santé

Construire une stratégie de groupe dans le cadre de l'élaboration d'un projet médical partagé ne peut fonctionner que s'il s'agit d'une démarche à l'initiative des établissements de santé.

Autant il nous est apparu indispensable de rendre le dispositif obligatoire (comme l'a également revendiqué la quasi-totalité des interlocuteurs auditionnés), autant il nous semble incontournable de laisser l'opportunité aux responsables hospitaliers de se saisir de cet impératif.

Les acteurs que nous avons rencontrés, s'ils peuvent nourrir des appréhensions et se poser des questions, semblent s'approprier assez largement les GHT. Nombreux sont ceux à avoir engagé des réflexions sur le contour des GHT qui les concerneront. Certains ont même déjà entamé l'élaboration de leur projet médical partagé, dans la continuité parfois de coopérations déjà existantes.

L'un des écueils qui nous semble devoir être signalé serait de positionner la tutelle, qu'il s'agisse des directions d'administration centrale ou des ARS, en initiateur et animateur de la démarche.

Les ARS ne doivent pour autant pas être écartées. Elles devront bien être les garantes que les projets proposés par les établissements de santé seront cohérents avec le diagnostic et les orientations territoriales qu'elles portent par ailleurs. C'est à ce titre qu'elles auront un rôle de validation de la cartographie des GHT et des conventions constitutives incluant le projet médical partagé. Mais cela doit intervenir sur proposition des établissements de santé dont on attend qu'ils deviennent acteurs de leur devenir, dans des délais contraints.

Cette précaution quant au positionnement de chaque acteur nous paraît d'autant plus importante que les représentants des établissements de santé nous ont exprimé leurs préoccupations générales sur l'autonomie des établissements de santé par rapport à leur tutelle (indépendamment du projet de GHT).

Nous ne pouvons donc qu'appeler à un outillage des ARS afin qu'elles puissent se positionner en facilitateurs d'une part, et valideurs d'autre part, car il est incontestable que nombre d'établissement se tourneront vers leur tutelle pour bénéficier d'un accompagnement, notamment technique, à la mise en œuvre de leur GHT.

Notre proposition dans la loi

Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

Article L. 6132-6. – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

6.19. Des GHT, une opportunité mais non un objectif d'efficience

Réussir la mise en œuvre de GHT suppose d'avoir un discours clair sur les ambitions de la mesure. Il ne faut en effet pas se tromper d'objectif : les GHT ont bien été conçus pour optimiser le maillage territorial et la gradation des soins hospitaliers.

Si nous avons la conviction que cette optimisation des organisations territoriales est de nature à générer des marges d'efficience, cela ne doit en aucun cas devenir l'objectif prioritaire. Si tel était le cas, il y a fort à parier que les communautés hospitalières concentreront leurs efforts dans la mutualisation de leur blanchisserie plutôt que dans l'élaboration d'un véritable projet de prise en charge territorialisé.

Or, depuis le début de notre mission, nous avons eu l'occasion d'entendre des discours divergents, créant la plus grande confusion chez les acteurs hospitaliers. L'inscription des GHT dans le plan triennal d'économies contribue probablement à cette confusion.

Nous avons donc proposé, dans la loi, de clarifier l'objectif des GHT en introduisant les notions d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, de gradation, de proximité, de recours et référence, etc. Cet aménagement de l'article du projet de loi de santé permet ainsi de positionner les mutualisations rendues obligatoires comme des leviers de mise en œuvre du projet médical partagé, et non comme des objectifs d'efficience en soit.

Au-delà de ces modifications que nous avons proposées dans le cadre de l'examen du projet de loi de santé à l'Assemblée Nationale, il nous paraît primordial que le discours porté par tous les acteurs du système de santé intègre bien le fait que les GHT ne sont pas au service d'un objectif d'efficience mais constituent plutôt une optimisation de l'organisation territoriale des soins hospitalier au service d'une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Notre proposition dans la loi

Art. L. 6132-1. – II – Le groupement hospitalier de territoire 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 l'attribution 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.

6.20. Un calendrier ambitieux et progressif de mise en œuvre

Le contexte ayant conduit à la genèse de la mesure GHT impose un calendrier de mise en œuvre rapide. L'environnement contraint dans lequel les hôpitaux évoluent impose des stratégies collectives sans plus attendre alors que les hôpitaux se sont inégalement appropriés les outils déjà à leur disposition.

Le simple fait d'avoir installé notre mission nous semble avoir d'ores et déjà avoir eu des effets bénéfiques puisque nous mesurons, à l'occasion de chacun de nos déplacements, une appropriation croissante par les acteurs hospitaliers de cet impératif de coopération. Lors de nos échanges, nos interlocuteurs ont tous convenu qu'il ne serait pas raisonnable de repousser l'échéance de mise en place des GHT, seule issue à la dynamique trop souvent néfaste de compétition et concurrence entre hôpitaux publics d'un même territoire.

Néanmoins, ce calendrier ambitieux ne doit pas compromettre la qualité des travaux des hospitaliers, en particulier en ce qui concerne l'élaboration du projet médical partagé. Effectivement, l'adaptation du calendrier pour l'élaboration du projet médical de GHT, pierre angulaire du dispositif, est indispensable pour s'assurer qu'il s'agisse de véritables projets stratégiques issus de diagnostics territoriaux et donnant lieu à un partage des rôles dans le cadre de stratégies de groupe. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé de proroger de 6 mois le délai d'élaboration du projet médical partagé afin de laisser, à compter d'aujourd'hui, une année complète aux établissements pour construire ce document stratégique.

Si ce calendrier est ambitieux, il n'est pas utopique puisqu'il permet une montée en charge progressive des leviers de réussite du GHT. Les outils mis à la disposition des équipes médicales et soignantes feront l'objet d'une mutualisation progressive au service du projet médical partagé, qui sera lui aussi un support évoluant avec le GHT. Encore une fois, il ne peut s'agir d'opérations dites « big bang » sur des organisations de longue date. La convergence sera progressive en fonction de la maturité des organisations et des contraintes exogènes comme la durée de marchés en cours. Il s'agira donc de définir la trajectoire de mutualisation sur l'ensemble des fonctions et activités transférées au GHT avant la fin de l'année 2017. Dans certains cas, cela pourra même avoir été traduit d'effet à cette date.

Notre proposition dans la loi

Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1er juillet 2016.

Notre proposition pour les décrets d'application

- Prévoir la montée en charge progressive du déploiement des leviers nécessaires à la mise en œuvre du projet médical partagé notamment en matière de système d'information convergent et homogène, ou de fonction achats.
- Définir des jalons permettant d'avoir une indication calendaire de la trajectoire des GHT.

7. Remerciements

Nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements à l'équipe du Ministère de la santé qui nous accompagne dans cette mission. Plus particulièrement, nous tenons à remercier Clémence Mainpin, cheffe du bureau coopérations et contractualisations de la Direction Générale de l'Offre de Soins qui est, depuis le début, à nos côtés dans tous nos travaux et toutes nos interventions. Son investissement, son rôle de facilitateur et de catalyseur constituent des atouts indispensables pour cette mission.

Nous adressons également tous nos remerciements à Charlotte Hammel, chargée de mission dans ce même bureau de la Direction Générale de l'Offre de Soins pour son éclairage de juriste et la traduction de nos propositions en texte de loi.

Nous remercions aussi Huguette Vallet, Karen Suertegaray et Régine Del Rio, nos trois assistantes sans qui le rythme soutenu des auditions et déplacements n'aurait pas pu être tenu.

Nous remercions également l'ensemble des interlocuteurs rencontrés pour la qualité des échanges que nous avons pu avoir. Leurs contributions à la définition du dispositif des GHT témoignent de leur engagement et intérêt pour un hôpital territorialisé.

Nous remercions enfin les ARS pour leur accueil à l'occasion de nos déplacements en région et l'organisation de ces rencontres avec les responsables hospitaliers.

8. Annexe : article 27 après adoption par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015

De nombreuses propositions de la mission ont été portées par le gouvernement sous forme d'un amendement gouvernemental au projet de loi et adoptées par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015 :

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Groupements hospitaliers de territoire

« Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« II. – Le groupement hospitalier de territoire 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.**

« Il bis (nouveau). – **Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.**

« Il ter (nouveau). – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« Il quater (nouveau). – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements

hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

« III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé, un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« III bis (nouveau). – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement hospitalier de territoire. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'Etat limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

IV et V. - (Supprimés)

« Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II (nouveau). – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° **Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire ;**

« 2° **Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;**

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° **Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;**

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :
« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les conseils de surveillance des établissements du groupement, à la majorité des deux tiers. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« b bis) (nouveau) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en oeuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – (Supprimé)

« Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en oeuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 1° bis (nouveau) La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 2° La fonction achats ;

« 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III (nouveau). – **Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :**

« **1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;**

« **2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;**

« **3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;**

« **4° Les missions de référence et de recours.**

« Art. L. 6132-5. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6. – I. – Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6-1 (nouveau). – **Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.**

« Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° A (nouveau) **La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;**

« 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;

« 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° et 3° (Supprimés)

4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « concl ure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

6° (nouveau) L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

7° (nouveau) Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

8° (nouveau) Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;

9° (nouveau) À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n°2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

IV. – A. – Jusqu'au 1er janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B (nouveau). – À compter du 1er janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1er janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1er janvier 2016.

B (nouveau). – Par dérogation, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire peut être arrêté dans un délai d'un an après la conclusion de la convention constitutive, et au plus tard le 1er juillet 2016.

VII (nouveau). – L'article 13 de la loi n°85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

VIII (nouveau). – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° À compter du 1er janvier 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° À compter du 1er janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.

IX (nouveau). – Dans les conditions prévues à l’article 38 de la Constitution et dans un délai d’un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.