



RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES 2017

GLOSSAIRE

CA: Consultations avancées

CDS: Centre de santé

CH: Centre hospitalier

CHR: Centre hospitalier régional

CHU: Centre hospitalier universitaire

EHCM: Ensemble hospitalier civilo-militaire

EPS: Etablissement public de santé

ESPIC: Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP: Equivalent temps plein (en matière de personnel)

ETP: Education thérapeutique (en matière de prévention)

GCS: Groupement de coopération sanitaire

GHT: Groupement hospitalier de territoire

HAD: Hospitalisation à domicile

HIA: Hôpital d'instruction des armées

LBM: Laboratoire de biologie médicale

MS: Maisons de santé

PDSES: Permanence des soins en établissement de santé

PMP: Projet médical partagé

PUI: Pharmacie à usage intérieur

TLM: Télémedecine

RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES — EDITION 2017

La loi n°2011-940 du 10 août 2011 dispose dans son article 17 que le gouvernement remet au Parlement chaque année un rapport sur les « *efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière* ».

Ce rapport présente un panorama des recompositions de l'offre hospitalière en 2017. Il s'est attaché à analyser quatre types d'opérations de recompositions emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins :

- ▶ les groupements hospitaliers de territoire (GHT);
- ▶ les groupements de coopération sanitaire (GCS);
- ▶ les directions communes;
- ▶ les fusions.

Les données présentées dans ce rapport sont issues de l'observatoire des recompositions, des bases internes à la DGOS ainsi que des informations collectées par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et le Centre National de Gestion (CNG). Elles sont complétées par des monographies rédigées à partir de projets médico-soignants partagés, conventions constitutives et des rapports d'activité des groupements concernés avec l'aide des agences régionales de santé (Grand Est, Ile-de-France, Occitanie et Pays de la Loire).

La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire depuis 2016, ainsi que la possibilité introduite en 2017 pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de dissoudre les GCS devenus sans objet, auront pour effet une actualisation profonde des données courant 2018 et impacteront la prochaine édition du rapport.

INTRODUCTION

A l'heure où le découplage constitue un défi majeur pour notre système de santé, la coopération territoriale constitue un levier primordial de transformation. Le cadre juridique offert à la coopération territoriale répond aujourd'hui au large spectre des réalités de terrain : renforcement de la coopération hospitalière publique, coopération mixte entre établissements de santé publics et privés, partenariats entre offreurs sanitaires et offreurs médico-sociaux, lien avec les soins de ville... Ceci afin de répondre aux défis aussi variés que la complexification des parcours des patients, l'attractivité médicale, le développement de la recherche, la transformation numérique, l'accès aux plateaux techniques, l'amélioration des prestations logistiques et hôtelières par exemple.

Le présent rapport atteste de la dynamique constante d'effort de coopération des établissements de santé, via des partenariats multiples et variés entre offreurs de soins. Construit par support juridique de coopération (GCS, GHT, directions communes, fusions), il a pour ambition à la fois d'offrir une vision synthétique et chiffrée du recours à ces outils et de donner à voir, via des monographies, l'incarnation concrète de ces partenariats entre équipes au service d'une meilleure prise en charge du patient .

Au travers d'une mise en perspective à la fois thématique (filiales des projets médico-soignants partagés des GHT, objet des GCS) et territoriale (répartition régionale des GHT et GCS, état des lieux des directions communes et fusions), les éléments qui suivent ont vocation à éclairer les coopérations dans leur dimension technique mais également managériale et opérationnelle.

Le présent rapport témoigne ainsi de la volonté des professionnels de s'engager dans une vision plus intégrée et coordonnée, de promouvoir une vision partagée avec leurs interlocuteurs des réponses à apporter aux besoins des patients.

La présente édition repose sur des données consolidées en 2017. Elle n'intègre ni les apports du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires ni ceux de la stratégie de transformation du système de santé, notamment en son chantier relatif à l'organisation territoriale. L'édition 2018 pourra utilement offrir une perspective plus complète des transformations à l'œuvre dans les territoires à l'aune des premières mises en œuvre et conclusions de ces travaux.

GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE: LES CHIFFRES CLES EN 2017

GHT : des professionnels qui se coordonnent pour améliorer l'accès aux soins

Le GHT est une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie collective est formalisée dans un projet médico-soignant partagé conçu par les professionnels pour leurs patients et garantit une offre de proximité, de référence et de recours.

Il porte une politique qualité partagée pour améliorer le service rendu au patient. Il s'agit d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire dans une logique primordiale de gradation des soins.

A ce titre, le GHT, est un terrain privilégié d'innovation pour développer des modes de prise en charge innovants.

Il permet également la mutualisation de fonctions supports pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire.

Des projets partagés

Chaque GHT élabore un projet médical et un projet de soins partagés. Le projet médical partagé comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Il définit, pour chacune de ces filières, les principes d'organisation des activités avec leur déclinaison par établissement, pour chaque modalité de prise en charge.

Le cas échéant, le projet médical partagé précise également l'organisation des équipes médicales communes et la nouvelle répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques. Enfin, le projet médical partagé définit les modalités d'association au CHU pour la coordination des 4 missions hospitalo-universitaires : enseignement, recherche, recours et démographie médicale

La filière, pivot du GHT

L'approche par filière est la garantie que ces projets organisent l'offre de soins dans une

véritable logique de gradation des prises en charge.

La qualité et la sécurité des soins

L'ambition du GHT est 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 et de soins partagés, c'est donc se doter d'une politique qualité partagée qui permet d'améliorer le service rendu aux patients.

Ressources humaines

Sur le plan humain et managérial, les projets médicaux et de soins partagés constituent un véritable référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. Organiser une prise en charge hospitalière territorialisée favorise une meilleure prise en charge du patient et peut se faire selon différentes modalités qui seront à définir par les professionnels eux-mêmes. Ces équipes de territoire sont destinées à harmoniser les pratiques entre les établissements parties au GHT et à mutualiser les expertises.



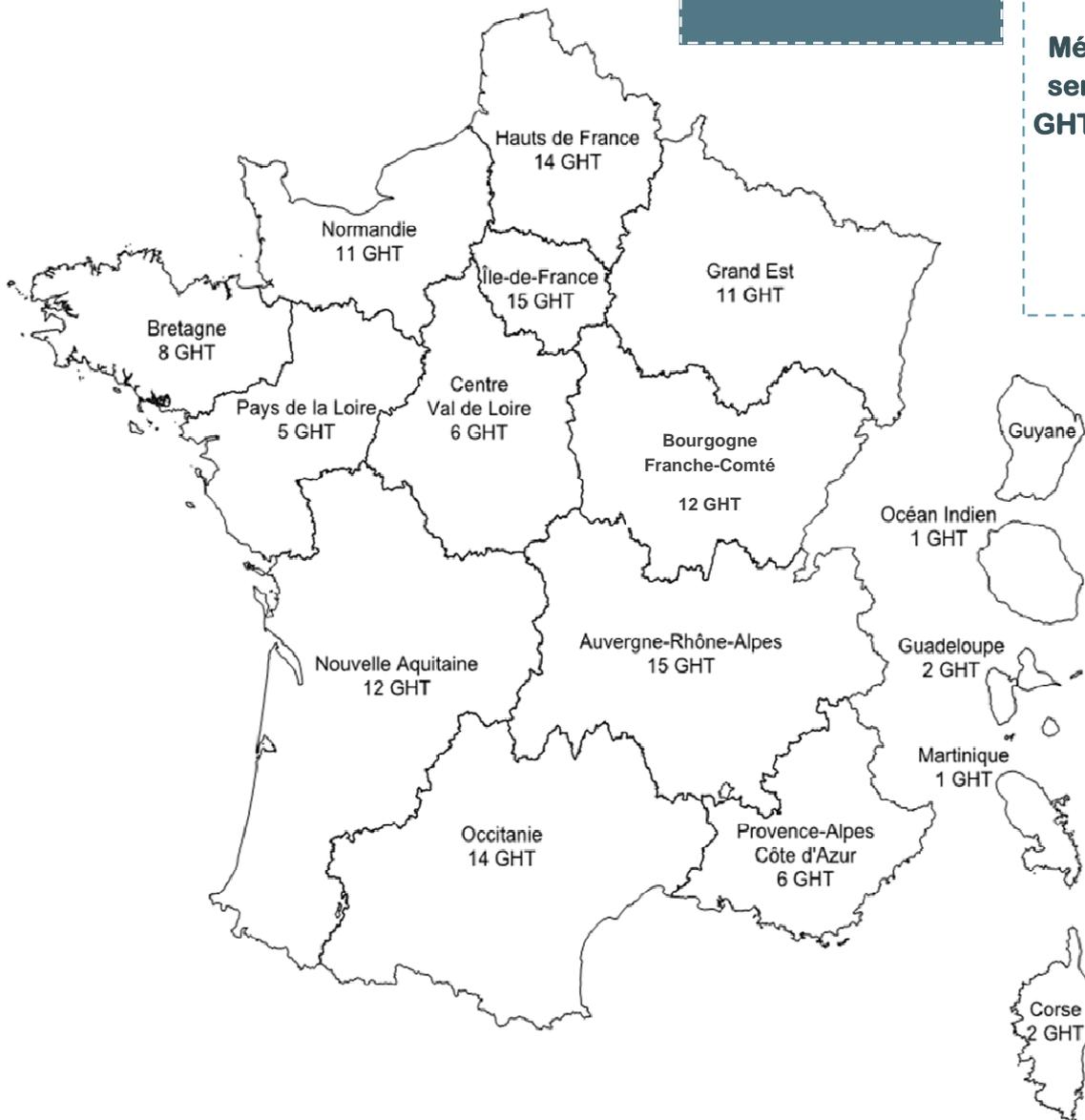
**135 GHT répartis sur le territoire national réunissant
891 établissements publics**

**De 2 à 20 établisse-
ments membres par
GHT**

**Médiane à 10 établis-
sements parties par
GHT incluant un CHR**

**Médiane à 5 établis-
sements parties par
GHT n'incluant pas un
CHR**

**29 GHT incluant un
CHU/CHR**



**42 km de distance
moyenne
à l'établissement
support**

**Des territoires de
100k à 2,M
d'habitants**

**Des équipes
de 1 200 à 26 000
(de 83 à 4700 ETP
médicaux)**

**Budgets de moins de
100M à 2 milliards
d'euros**

GHT et HAD

85% des GHT abordent l'HAD dans leur PMP

CANCÉROLOGIE

PATHOLOGIES
CARDIAQUES



PATHOLOGIES
ARTÉRIOSCLÉREUSES



TOP 3 FILIERES PMSP ABORDANT L'HAD

Coopération public-privé

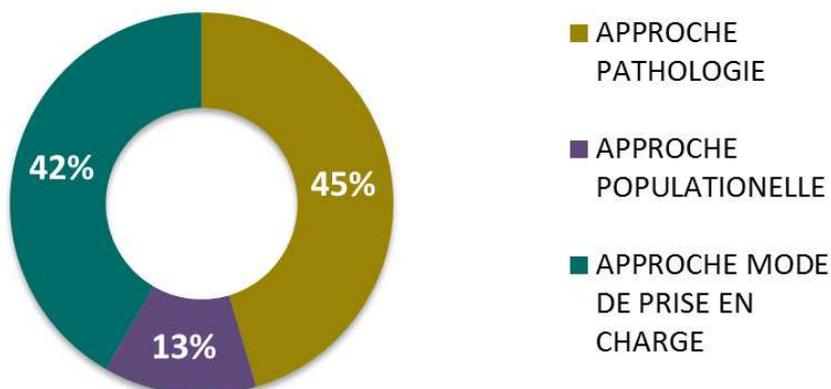
72% des GHT abordent dans leur PMP l'articulation avec les établissements privés

GHT et médico-social

128 GHT comportent une structure médico-sociale non autonome soit 1612 structures concernées

23 GHT comptent parmi leurs membres un établissement médico-social public autonome soit 60 structures concernées

Projet médical partagé



Filières par type de prise en charge

Urgences et soins critiques

Soins palliatifs et douleur

HAD

Anesthésie

Biologie, Imagerie, Pharmacie

Filières à orientation populationnelle

Personnes
âgées



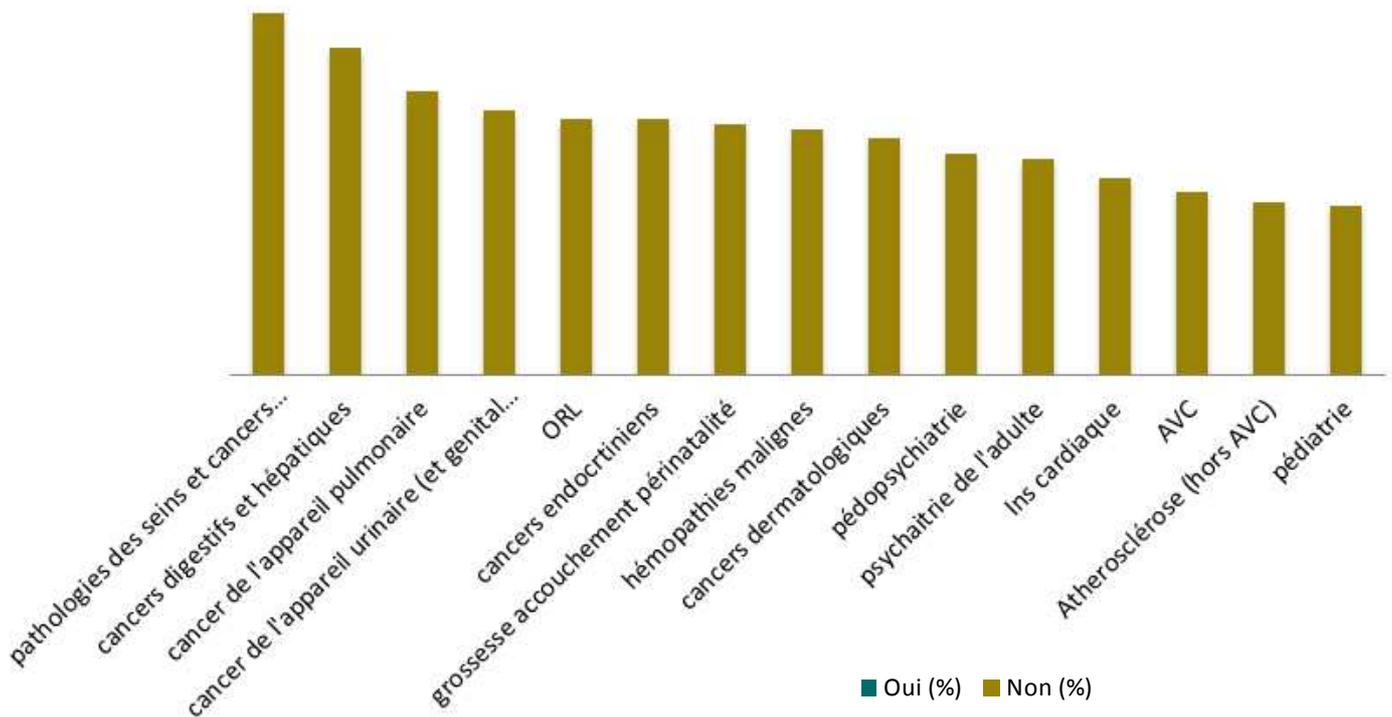
Femme-
Enfant

Handicap

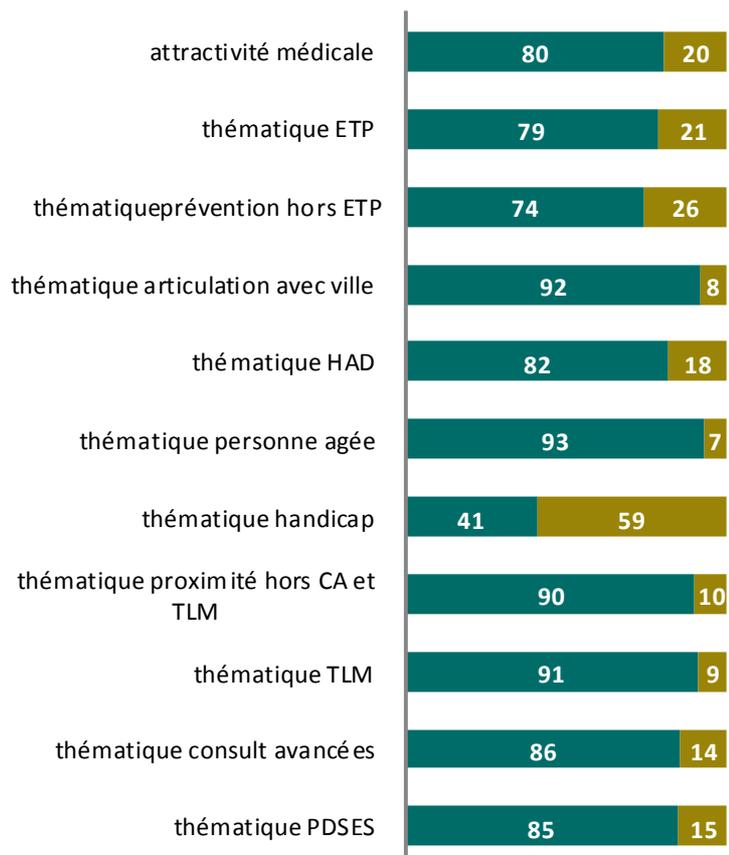


Précarité

Filières à orientation pathologiques



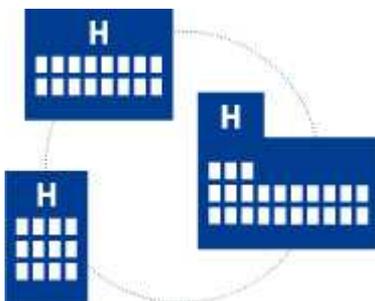
Points clés abordés dans les PMP



GHT LOZERE

LE PLUS PETIT EN NOMBRE D'HABITANTS DU TERRITOIRE DESSERVI ET AYANT LA PARTICULARITE D'AVOIR STRUCTURE UNE FILIERE HANDICAP

Chiffres clés



14 établissements publics membres du GHT

Composé de l'hôpital Lozère qui est l'hôpital support, de quatre hôpitaux de proximité (Florac, Marvejols, Saint Chély d'Apcher, Langogne) qui définissent en quelque sorte quatre cadrans de proximité, d'un centre hospitalier spécialisé à St Alban, pivot de l'offre des soins psychiatrique dans le département pour l'adulte et l'enfant ; et enfin de huit EHPAD.

Ce sont au total **1340 lits et places** .



Un partenariat fort avec le GCSMS Etablissements et services du handicap qui comptabilise **1150 places d'hébergement pour personnes handicapées**.

Enjeux

Sur un territoire (celui de la Lozère) qui compte en 2014, **76 360 habitants**.

En Lozère, plusieurs facteurs isolant la population des services de soins :

- une
té diffi-
tissant
tain re-
aux



accessibili-
cile abou-
à un cer-
nonnement
soins;

- un taux de pauvreté très élevé chez les 75 ans et plus : 20% en Lozère, versus 10,2% en France métropolitaine;

- des personnes vivant seules à domicile.

Le profil du GHT de Lozère à la fois **sanitaire, psychiatrique et médico-social** a permis de fédérer naturellement tous les acteurs afin de définir en concertation des filières cohérentes, structurées et maillant bien le territoire.

Les thématiques retenues sont en lien avec des modalités de prises en charge (maintien ou retour à domicile, télémédecine, permanence des soins, urgences et coopérations), des populations spécifiques (personnes âgées, personne handicapée), des pathologies (cancer, soins palliatifs, santé mentale et maladies chroniques) et la rationalisation des plateaux médico-techniques (imagerie, biologie, imagerie).

Orientations stratégiques

- ▶ **Améliorer l'organisation du parcours de soins de la personne âgée**

Objectif de maintien à domicile quand cela est possible, évaluation précoce, recours à la télémédecine pour éviter le déplacement, coordination avec les établissements de proximité en lien avec le rapprochement familial et le souhait de la personne âgée.

- ▶ **Organiser la filière de prise en charge de la personne handicapée**

Dépistage et éducation thérapeutique des problèmes somatiques, accueil spécifique de la

personne handicapée dans les établissements sanitaires, consultations avancées et télémédecine dans et avec les institutions hébergeant les personnes handicapées.

- ▶ **Fluidifier les filières en favorisant le maintien ou le retour à domicile**

Développer le recours à l'HAD y compris pour le retour en EHPAD.

- ▶ **Développer la télémédecine**

Les consultations avancées ou de télémédecine permettront de renforcer les équipes territoriales en chirurgie et en médecine constituées en collaboration avec les CHU de Nîmes, de Montpellier ainsi qu'avec le CH de Millau.

- ▶ **Développer les coopérations médicales sur le territoire de la Lozère**
- ▶ **Optimiser la prise en charge des maladies chroniques, des soins palliatifs, de l'urgence et celle dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).**



GHT METZ-HIA

GHT INTEGRANT LA COOPERATION CIVILO-MILITAIRE ENTRE LE CHR ET L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DE METZ

Composition

Groupement hospitalier de territoire composé de 6 établissements parties (CH de Boulay - CH de Briey - Etablissement public départemental de santé de Gorze - CH Jury - CH Lorquin - CHR Metz-Thionville) associé à l'hôpital d'instruction des armées Le gouest.

Participation active de l'HIA à l'élaboration du PMP, l'HIA étant intégré aux différentes filières le concernant (urgences, chirurgie, médecine, imagerie notamment).

Contexte

Partenaire historique du CHT Metz Thionville, il participe pleinement au service public hospitalier et constitue un acteur-clé de l'offre de soins du territoire, investi également dans les missions de recherche et d'enseignement. Il constitue un partenaire important dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles tout en conservant un cœur de métier centré sur le soutien en santé aux forces armées, sur le terrain national et en opération extérieure.

Sa participation au GHT Lorraine Nord s'inscrit dans un objectif de maintien des compétences indispensables de ses professionnels pour le soutien en santé des forces armées et lui permet de concilier continuité de activités hospitalières sur le territoire de santé, en local, et en projection opérationnelle. Le GHT répond, le cas échéant, aux besoins de défense.

Une convention d'association spécifique définit les modalités de partenariat.

Les réalisations antérieures au GHT:

- la mise en place à l'HIA d'une unité de consultation d'odontologie non programmée ;
- l'intégration de l'activité du laboratoire de l'HIA dans celui du CHR ;
- le projet de centre de production alimentaire porté par le CHR sur le site de l'HIA ;

- la relocalisation de certaines équipes du CHR sur le site HIA (unité de soins palliatifs, unité médico-judiciaire, centre d'enseignement des soins d'urgence).

Les orientations stratégiques du partenariat civilo-militaire

Le partenariat CHR—HIA (Convention de partenariat Mars 2017)

Le CHR de Metz-Thionville et l'HIA Le gouest sont engagés dans un projet de constitution d'un ensemble hospitalier civil et militaire (EHCM) incluant une dimension universitaire, dans le cadre du modèle SSA 2020.

Ce projet intègre les objectifs de défense de la composante hospitalière militaire pour répondre aux axes stratégiques qu'elle doit soutenir dans les domaines notamment de chirurgie, soins critiques, urgences, médecine interne, réadaptation et réhabilitation des blessés militaires et des victimes d'attentats, gestion de crise etc.

Ce projet s'inscrit également dans les objectifs stratégiques du projet d'établissement du CHR Metz-Thionville visant à :

- conforter le rôle de recours de l'établissement sur son territoire;
- développer des pôles d'excellence civilo-militaires dans les disciplines d'expertise communes;
- proposer des projets médicaux civilo-militaires attractifs pour les praticiens notamment dans les spécialités les plus recherchées;
- développer des filières de soins graduées avec un parcours de soins fluide et accessible pour les patients sur l'ensemble des disciplines partagées entre les deux établissements.

GROUPEMENTS DE COOPERATION SANITAIRE: LES CHIFFRES CLES EN 2017*

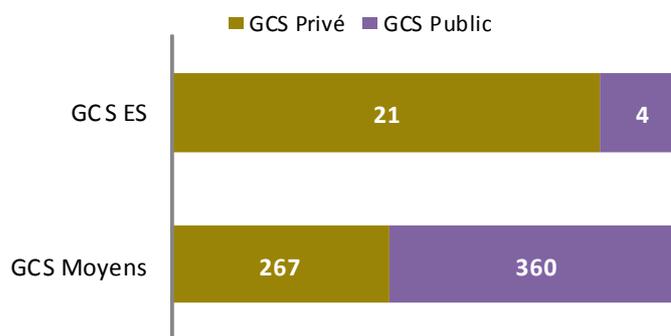
Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques jusqu'à devenir un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale, de nature publique ou privée, il apparaît que les structures de droit public constituent un peu plus de

**Deux catégories :
groupements de moyens ou constitués
en établissements de santé...**

■ GCS de moyens



LE GCS UN OUTIL DE COOPERATION AU SERVICE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DE LEURS PARTENAIRES PUBLICS OU PRIVES...



...de nature publique ou privée

la moitié des GCS de moyens (57%). Le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet. Le GCS de moyens, forme la plus commune qui couvre 96% des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature (moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc.).

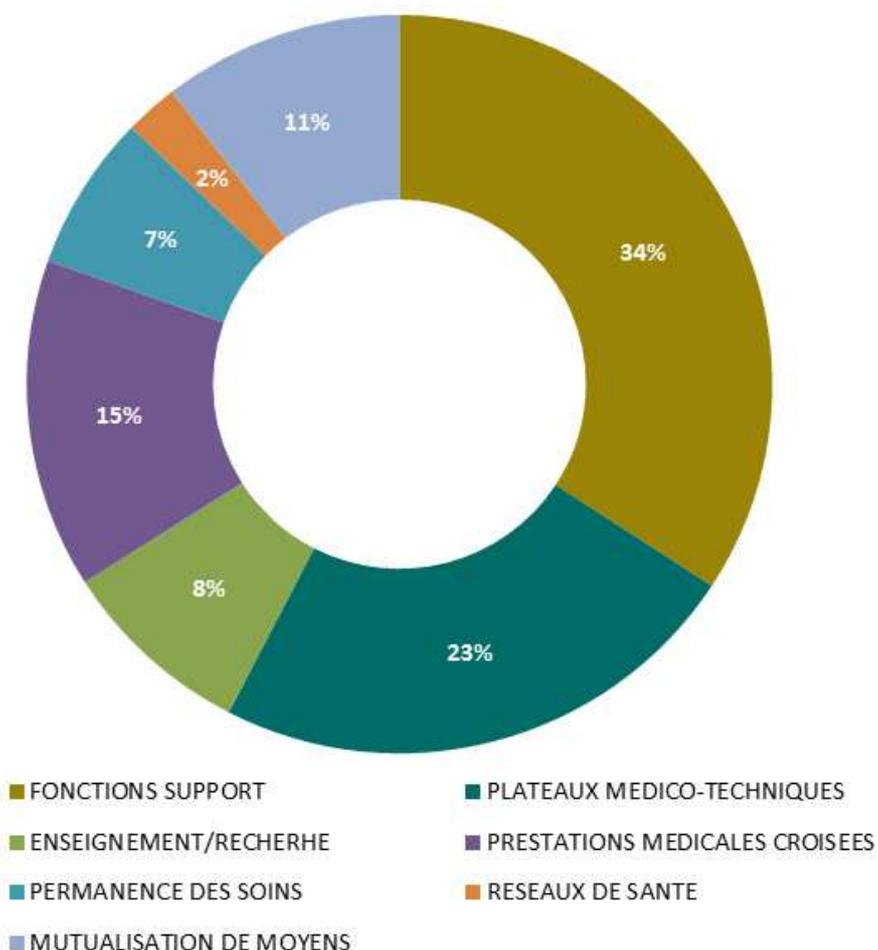
... QUI SECURISE LA MISE EN COMMUN DES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS POUR FACILITER, AMELIORER ET DEVELOPPER L'ACTIVITE DE SES MEMBRES

La mise en commun de moyens peut concerner les fonctions administrative, logistique, technique ou médico-technique, ainsi que les activités d'enseignement et de recherche mais elle peut désormais également être au service de l'exploitation d'autorisations. Les groupements constitués en établissement de santé, pour leur part, sont restés numériquement très limités, compte tenu du degré d'intégration requis.

693 structures constituées sur le territoire national

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs: gestion d'activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins etc) ou la recherche et l'enseignement. L'analyse de l'objet des GCS fait apparaître une attractivité certaine de l'outil pour les coopérations dans le domaine logistique, et plus généralement pour les activités dites support. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants, performance interne notamment. La prise en charge d'activités soumises à autorisation, agrément ou accréditation entre plusieurs acteurs souhaitant coopérer est également fréquente car elle permet à la fois d'atteindre les attendus qualitatifs toujours plus élevés et d'optimiser les investissements qui y sont liés.

Tous les domaines de la coopération en santé potentiellement concernés



68

**GCS autorisés
à détenir une PUI**

16

**GCS porteur d'un laboratoire
de biologie médicale**

**Groupements de moyens
autorisés à détenir un
équipement matériel lourd**

11 scanners

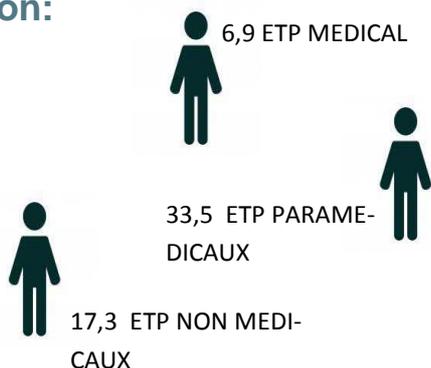
**1 camera
à scintillation**

14 IRM

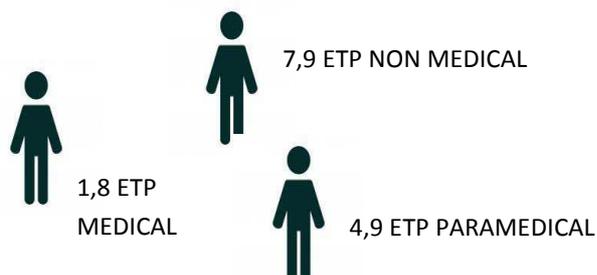


4 tomographes

Effectifs moyens des GCS bénéficiant de personnels mis à disposition:



Effectifs moyens des GCS employant du personnel:



Répartition des GCS parmi les budgets les plus élevés:



31% des GCS constitués avec capital



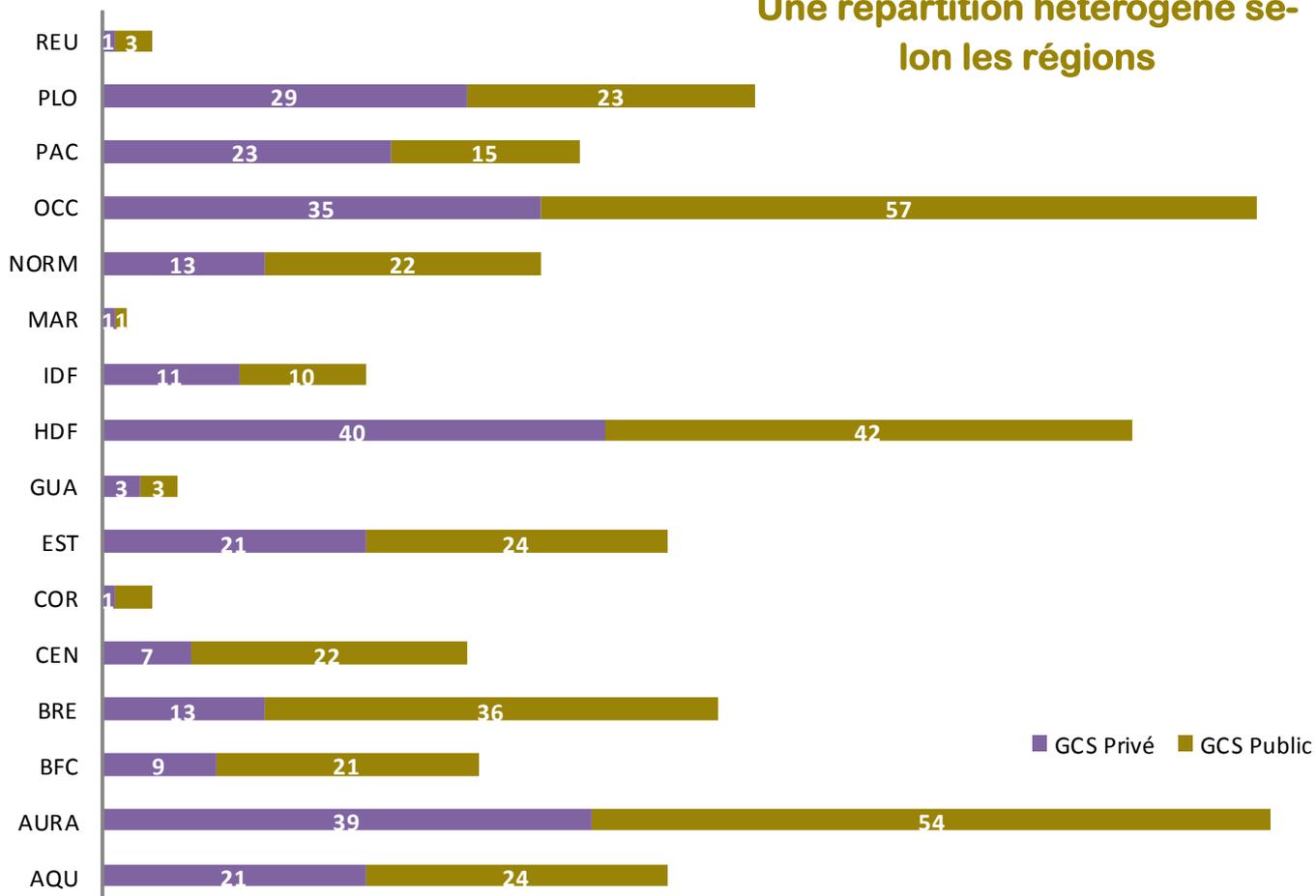
10% des GCS ont constitué un comité restreint au sein de leur gouvernance



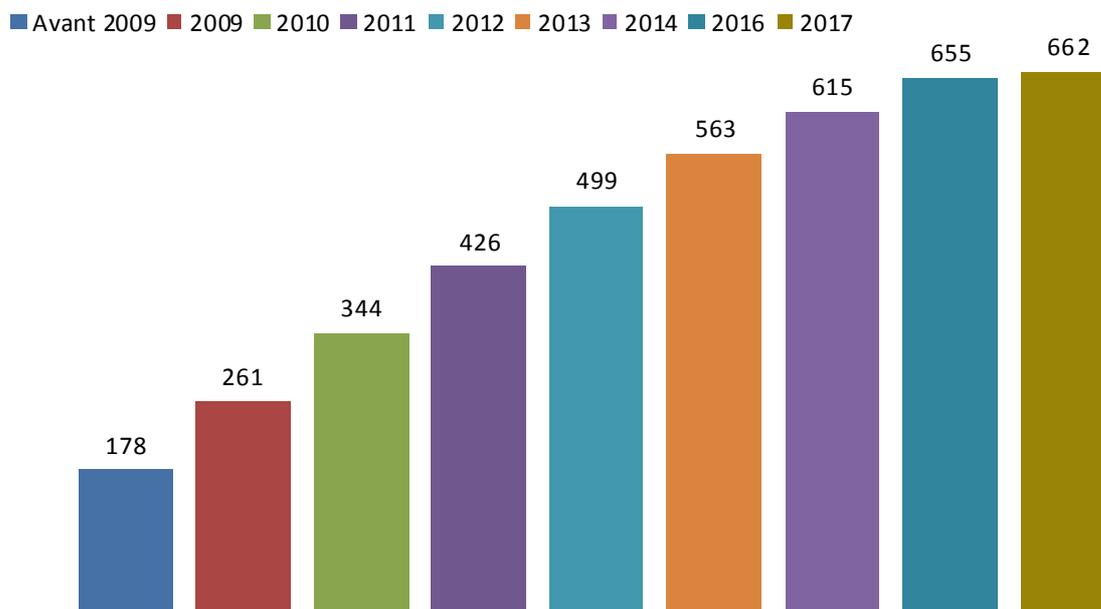
5% des GCS disposent d'un patrimoine propre



Une répartition hétérogène selon les régions

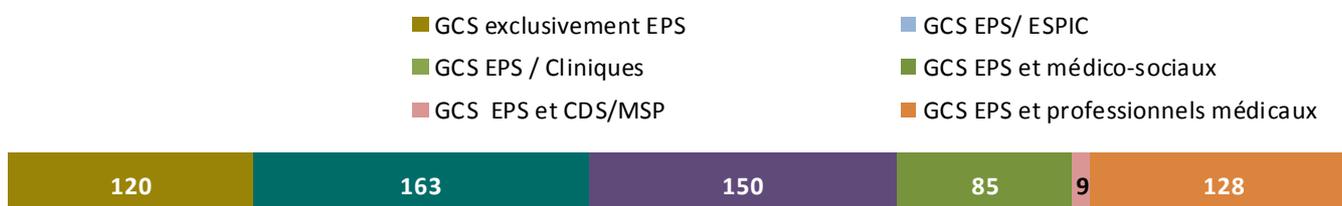


Une dynamique qui se stabilise dans le temps



FOCUS COMPOSITION

Parmi les 578 GCS comprenant un ou plusieurs établissements publics de santé



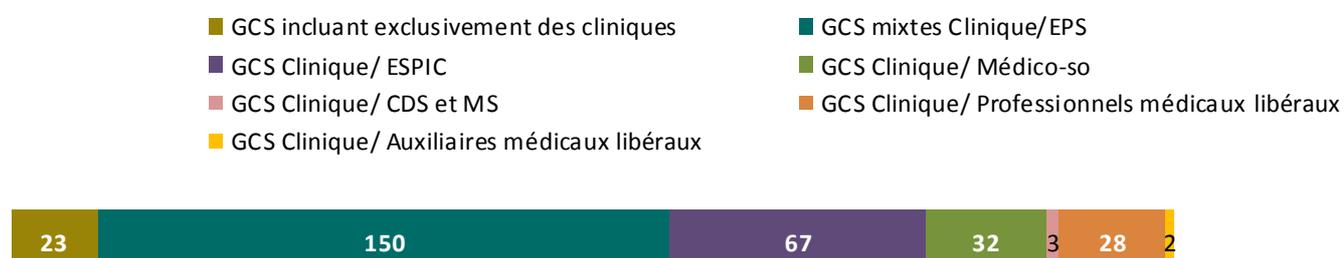
La vocation mixte du GCS aura tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (LMSS 2016), instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public. Les établissements membres de groupements de coopération sanitaire n'ayant pour membre que des établissements publics, à infra ou iso-périmètre GHT pourront réinterroger, selon l'objet et les objectifs poursuivis, la pertinence de la poursuite du GCS. Par ailleurs, les données de l'observatoire mettent en lumière une structure de coopération via le GCS similaire entre ESPIC et établissements à caractère commercial.

120
GCS comptant parmi leurs membres un ou plusieurs centres hospitalo-universitaires

Parmi les 205 GCS comprenant un ou plusieurs établissements de santé privé à intérêt collectif



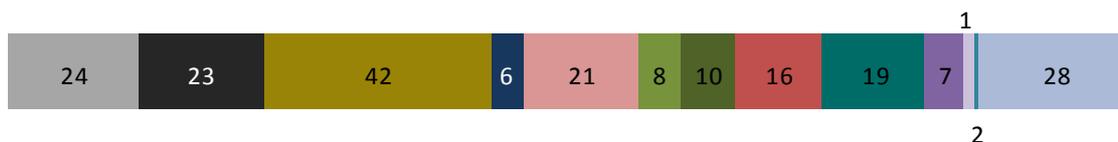
Parmi les 200 GCS comprenant un ou plusieurs établissements de santé privé à caractère commercial



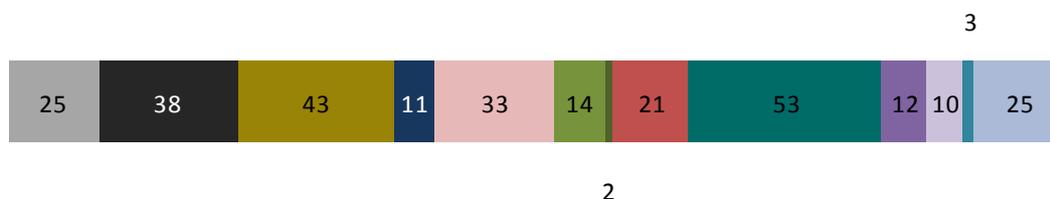
FOCUS OBJET DE COOPERATION

- Gestion d'activités administratives
- Gestion d'activités informatiques
- Gestion d'activités de support logistique
- Investissement immobilier
- Gestion d'activités de plateaux techniques
- Porteur d'une PUI
- Porteur d'un LBM
- Recherche- Enseignement
- Prestations médicales croisées
- Permanence des soins hospitalière
- Réseaux de santé (L6133-2)
- Gestion d'activités de soins
- Mutualisation de moyens

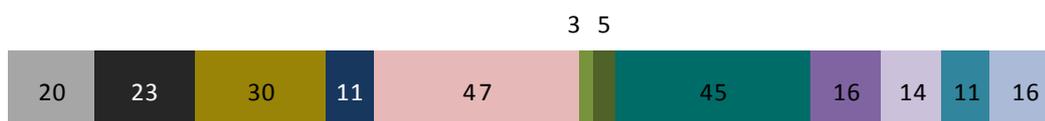
Parmi les 120 GCS n'ayant exclusivement pour membres que des établissements publics de santé:



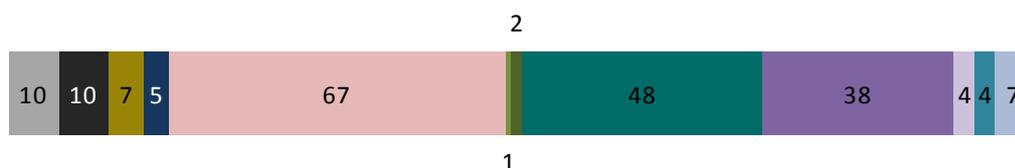
Parmi les 163 GCS mixtes public/privé à but non lucratif:



Parmi les 150 GCS mixtes public/privé à caractère commercial:



Parmi les 136 GCS comptant au moins un professionnel médical libéral:



Parmi les 93 GCS comptant au moins une structure médico-sociale



NOUVEAUTE LMSS 2016: LE GCS EXPLOITANT

La réintroduction de la possibilité pour un GCS de moyens d'exploiter l'autorisation d'activité de soins détenue par un ou plusieurs de ses membres vient conforter la dynamique des coopérations, notamment mixtes, et la diminution du nombre de sites d'exploitation d'activités de soins, tout en garantissant :

1. le respect du droit des autorisations (en particulier les seuils d'activité) ;
2. la mise en place de mutualisation dans un souci de réduction du nombre de sites ;
3. la possibilité de déléguer la facturation afin d'éviter la double facturation par des entités juridiques distinctes pour un même patient pris en charge dans une structure mutualisée.

GHT/GCS: DES DISPOSITIFS COMPLEMENTAIRES

	COMPOSITION	DEGRE D'INTEGRATION	OBJET PRINCIPAL
GHT	Vecteur spécifique à la coopération publique, bien que les établissements privés puissent être partenaires.	Coopération obligatoire pour tous les établissements de santé sur la base d'un projet médico-soignant partagé et reposant sur un socle commun de mutualisations.	La mise en place d'une stratégie commune de prise en charge du patient et l'organisation de la gradation des soins sur le territoire du GHT.
GCS	Vecteur privilégié de la coopération mixte public/privé et ville-hôpital.	Coopération facultative, à périmètre variable selon la volonté des parties.	La mise en commun de moyens, principalement dans le cadre de fonctions supports, et depuis 2017 la possibilité d'exploitation en commun d'autorisations (cf supra).

* Précisions méthodologiques:

- L'ensemble des données présentées dans ce document sont issues de l'observatoire des recompositions sur la base d'informations actualisées au 31 Janvier 2017.
- La répartition par nature publique ou privée des groupements n'inclut pas les groupements dont la nature n'a pas été renseignée.
- Dans la rubrique « Composition », un même GCS peut être comptabilisé à plusieurs titres selon sa composition (ex: un GCS incluant un ESPIC et une clinique apparaîtra tant dans les GCS comprenant au moins un ESPIC que dans les GCS comprenant au moins une clinique).
- Dans la rubrique « Objet de coopération », les GCS pluri-objet ont été comptabilisés autant de fois qu'ils ont d'objets distincts. La somme des groupements par objet ne correspond donc pas au total des structures affichées p. 1 (à savoir 667 GCS de moyens et 26 GCS ES).

GCS TERRITOIRE ARDENNE NORD

COOPERATION PUBLIC-PRIVE POUR ASSURER LE MAILLAGE TERRITORIAL

Composition :

Groupement de coopération sanitaire - Etablissement de santé privé non lucratif créé en 2012 et ayant 5 actionnaires :

- ▶ Centre Hospitalier de Charleville-Mézières
- ▶ Centre Hospitalier de Sedan
- ▶ Mutualité Française
- ▶ Orpea
- ▶ Clinea

Activité :

Plus de **12.000 séjours par an**
24.000 journées d'hospitalisation en chirurgie et médecine.

Objectifs :

Les membres du GCS TAN ont souhaité s'allier pour porter une réponse adaptée et innovante aux besoins de santé de la population du nord des Ardennes, dans un contexte marqué par de fortes difficultés en matière de recrutement médical. Le GCS TAN a pour projet de porter la fixation des activités de soins et des professionnels de santé dans le Nord-Ardennes, en lien avec une réorganisation territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale de la zone.

Le GCS TAN a été constitué en réponse aux enjeux territoriaux et en cohérence avec les principales orientations suivantes du PRS, et notamment du SROS :

- ▶ **conforter l'offre de soins et le maillage territorial en médecine et chirurgie, garantir des équipes étoffées avec des plateaux techniques de qualité, reposant sur des ressources mutualisées, maintenir l'offre de proximité tout en renforçant les coopérations entre établissements de santé;**
- ▶ **procéder à des regroupements physiques d'établissements publics et privés**

dans une même agglomération;

- ▶ **conforter la structure d'HAD**, en promouvant l'accroissement de son activité et l'HAD comme mode d'hospitalisation à part entière. L'HAD ayant vocation à s'insérer dans les filières de prise en charge, en coopération avec les acteurs de santé de sa zone d'intervention;
- ▶ **conforter l'activité de traitement du cancer ;**
- ▶ **organiser des filières de prise en charge efficaces.**

Facteurs clés du succès :

- ▶ **Stratégie partagée**
- ▶ **Complémentarité des porteurs de la coopération**
- ▶ **Soutien de l'ARS**
- ▶ **Adhésion des équipes médicales et soignantes**
- ▶ **Mutualisation des ressources**

GCS HUGO

PRIORITE A LA RECHERCHE, A L'INNOVATION, ET AU MANAGEMENT

A propos d'HUGO

HUGO est un Groupement de Coopération Sanitaire constitué de : **5 CHU** (Angers, Brest, Nantes, Rennes et Tours), **1 CHR** (Orléans), **un centre de lutte contre le Cancer** (Institut Cancérologique de l'Ouest) **et deux centres hospitaliers** (Le Mans et la Roche sur Yon, en 2017).

Rassemblant les régions Bretagne, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire, le Grand Ouest dispose d'une population et d'un territoire équivalents 14,5% de la population française, soit 9,6 millions d'habitants, sur 15% du territoire national), ce qui constitue une dimension favorable à l'organisation de filières de soins de recours, à la mise en commun de moyens et d'activités et au développement de partenariats stratégiques. Dans une logique de groupe public interrégional, les CHU et CHR du Grand Ouest ont créé HUGO en 2005 pour **structurer leurs activités de recours, améliorer leurs performances et leur donner une visibilité nationale, dans le cadre d'une coopération recouvrant l'intégralité des missions hospitalo-universitaires**. Avec la création du GCS en 2013, cette coopération permet le portage juridique de partenariats et consolide le développement des infrastructures d'intérêt commun, en particulier, dans le domaine de la de la stratégie, des soins, de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation.

Le bilan 2006-2014 en bref

Dans le domaine des soins :

9 groupes de travail permanents préparent l'organisation des soins de recours pour une répartition équilibrée et complémentaire des activités sur le territoire.

De nouvelles activités de recours ont été implantées dans l'interrégion grâce au soutien de tous : 1 banque de sang placentaire à Poitiers (2008), labellisation de 2 centres de réanimation pédiatrique spécialisée à Tours et Nantes (2008), ouverture d'un centre de diagnostic préimplantatoire à Nantes (2013), ouverture d'un centre supplémentaire de greffes de moëlle à Tours (2012), ouverture d'un centre de greffes multi viscérales prévu à Rennes.

Dans le domaine de l'enseignement :

- ▶ des échanges (internes, chefs de clinique) favorisant la formation de spécialistes de haut niveau;
- ▶ des partenariats dans les domaines de l'enseignement et de la formation (diplômes communs);
- ▶ le lancement d'une démarche de prospective sur les emplois et les compétences hospitalo-universitaires.

Dans le domaine de la recherche et de l'innovation :

- ▶ une Délégation Interrégionale de la Recherche Clinique créée en 2006, reconnue **Groupement Interrégional à la recherche clinique et à l'innovation en 2012;**
- ▶ **7 réseaux de compétences de soutien de l'activité de recherche clinique**, destinés à développer des expertises spécifiques et structurer des activités ou plateformes supports dans une logique transversale et de mutualisation;
- ▶ **111 Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique Interrégionaux (PHRCI)**

pour un montant de 15,3 millions d'€.

Principales réalisations 2016 :

- ▶ **L'école du management du grand ouest** : Destinée en priorité aux jeunes médecins prenant des premières responsabilités au sein des établissements d'HUGO, elle a pour objectif de développer leurs connaissances et leurs compétences managériales.
- ▶ **Lancement du projet digi-newb** : 1er projet européen, coordonné par hugo. Seul projet français sur la médecine personnalisée retenu par le programme européen Horizon 2020, il a pour objectif de développer un outil d'aide à la décision pour améliorer le pronostic des nouveau-nés prématurés.
- ▶ **Publication de l'atlas de l'excellence en santé du grand ouest**
- ▶ **Création du groupement inter-régional d'innovation pédagogique (girpi)** : ayant pour objectif de constituer une réflexion pédagogique commune, de promouvoir la mutualisation d'outils et de diplômes partagés, et de promouvoir l'attractivité du Grand Ouest pour les étudiants.
- ▶ **Adoption du schéma directeur de la simulation en santé** ayant pour objectif le développement d'une offre coordonnée dans le Grand Ouest pour garantir l'accès de tous les étudiants et professionnels de santé à cette méthode pédagogique innovante.





 Hopitaux Universitaires Grand Ouest

ATLAS DE L'EXCELLENCE

EN SANTÉ

 du Grand Ouest

GCS « Guérir, Prévenir et Soigner en Essonne »

COOPERATION PROMETTEUSE LANCEE EN 2017 AXEE SUR LES SOINS DE SUITE ET READAPTATION ET LA COMPLEMENTARITE AVEC LE GHT

Composition :

La vocation de GPS 91 se traduit par sa devise : **Guérir, Prévenir, Soigner en Essonne**. Il est la concrétisation de la volonté d'établissements de mettre leur expertise collective au service du territoire, d'améliorer les parcours patients dans le système de santé et d'en accroître l'efficacité.

GPS 91 regroupe 5 ESPIC fondateurs de cette démarche collaborative :

5 ESPIC en Essonne

- ▶ le Centre Hospitalier de Bligny;
- ▶ le Groupe Hospitalier les Cheminots (GHC), à Draveil et Ris-Orangis;
- ▶ l'établissement de santé La Martinière, à Saclay;
- ▶ l'hôpital Gériatrique les Magnolias, à Ballainvilliers;
- ▶ le Centre Hospitalier Frédéric-Henri Manhès & l'EHPAD Marcel Paul, à Fleury-Merogis.

Ambitions



GPS 91 vise la co-construction d'un projet de structuration de l'offre sur le territoire avec les GHT du territoire, des acteurs privés et des professionnels de ville. L'objectif est de partager avec eux les actions dans une logique de pertinence et de subsidiarité afin de proposer des parcours de soins découplés.

Orientations stratégiques



Au-delà du soin, la prévention est également un axe prioritaire de développement.

« Le découplage des activités, la coordination et une communication accrue auprès des patients et des acteurs de santé seront essentiels à la réussite des projets de GPS 91. »

Porteur de GPS91

DIRECTIONS COMMUNES : LES CHIFFRES CLES EN 2017

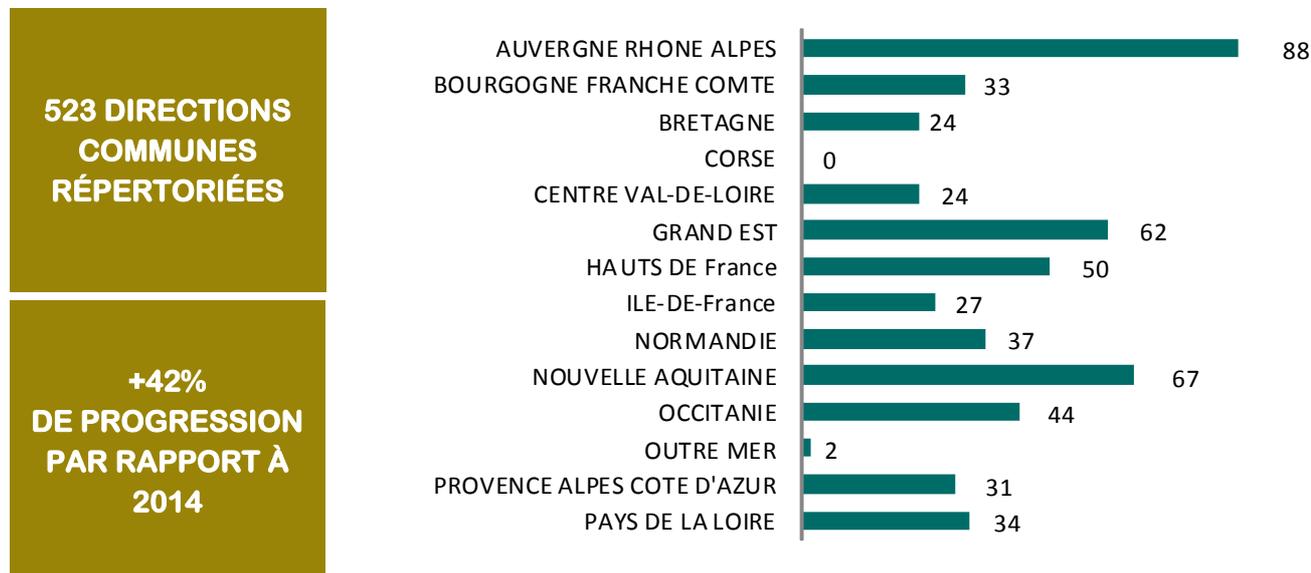
La direction commune consiste à partager la gouvernance d'au moins deux établissements sur la base d'une convention commune. Elle se traduit par la nomination d'un directeur unique pour les établissements partenaires et par la fusion totale ou partielle de leurs équipes de direction. Parce qu'elle préserve l'autonomie juridique des structures concernées et grâce à sa grande souplesse de mise en œuvre, elle constitue un outil de recombinaison de plus en plus utilisé par les établissements de santé.

Les directions communes peuvent être « intra-sanitaires » (entre EPS exclusivement), « mixtes » (entre EPS et établissements médico-sociaux) ou « intra médico-sociales » (entre établissements médico-sociaux exclusivement).

Seules les directions communes existant au 31 décembre 2017 sont comptabilisées, celles ayant précédé à des opérations de fusions ou ayant été dénoncées ont été exclues de l'analyse.

L'accélération de la mise en place des directions communes entre 2014 et 2017 est à mettre en regard de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, renforçant ainsi la cohérence de la gouvernance hospitalière territoriale.

Répartition régionale 2017:



**523 DIRECTIONS
COMMUNES
RÉPERTORIÉES**

**+42%
DE PROGRESSION
PAR RAPPORT À
2014**

Evolution globale et par catégories du nombre de directions communes entre 2014 et 2017:

ANNEE	TOTAL DIRECTIONS COMMUNES	INTRA SANITAIRES	MIXTES	INTRA MEDICO-SOCIALES
2017	523	157	153	213
2014	368	88	117	163
Evolution 2014/2017	+42%	+78%	+31%	+31%

FUSIONS : LES CHIFFRES CLES EN 2017

La fusion réunit dans une même entité juridique au moins deux structures antérieurement autonomes juridiquement. La fusion ne doit pas être assimilée à une fermeture d'établissement(s) de santé. Il s'agit d'un regroupement juridique d'au moins deux structures qui se transforment en une seule entité juridique tout en perdurant en tant qu'établissements géographiques.

**19 FUSIONS
INTRA-SANITAIRES
EN 2017**

Par exemple, à deux établissements géographiques de santé correspondant à deux entités juridiques distinctes succèdent deux établissements géographiques de santé regroupés en une seule entité juridique.

Les structures composant les établissements publics de santé concernés par une opération de fusion sont transférées dans l'établissement de santé résultant de la fusion. Il en va de même des emplois afférents à ces structures, le nouvel établissement issu de la fusion devenant l'employeur des personnels exerçant auparavant dans les structures ainsi transférées. Les procédures de recrutement et d'avancement des personnels, en cours avant la transformation des établissements de santé concernés, peuvent être valablement poursuivies dans le nouvel établissement.

Une fusion entre établissements publics de santé est fréquemment précédée par une phase de direction commune.

Les ARS ne disposant pas de moyens pour inciter les établissements de santé privés à fusionner, ni même des moyens pour les recenser, l'analyse du présent rapport est centrée sur les fusions concernant les seuls établissements publics de santé (EPS). Seules les fusions effectives sont recensées. Ainsi, les projets de fusions ayant donné lieu à un arrêté de création d'un nouvel établissement de santé dont la prise d'effet est postérieure au 1er Septembre 2017 ne sont pas incluses.

POUR ALLER PLUS LOIN

GHT

Art 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016

Décret n°2017-701 du 2 mai 2017

Instruction DGOS/GH/DGFIP 2017/43 du 4 mai 2017

Portail GHT www.sante.gouv.fr

GCS

Ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017

Décret n°2017-631 du 25 avril 2017