



HOUDART ET ASSOCIÉS
Société d'Avocats Inter-Barreaux

Place des hôpitaux autorisés en psychiatrie (HAP) dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Le 23 mars 2016

Cabinet de Paris

Tél. : +33 (0)1 40 21 45 45
Fax : +33 (0)1 40 21 30 93

6 passage de la Main d'Or
75011 Paris

Cabinet de Marseille

Tél. : +33 (0)4 84 25 62 62

27 place aux Huiles
13001 Marseille

Courriel : cabinet@houdart.org
Site / Blog : www.houdart.org

SYNTHESE

Les établissements publics en charge des activités psychiatriques qui sont confrontés à des contraintes particulières dans la mise en place des GHT, doivent bénéficier d'un cadre réglementaire souple, voire expérimental, afin de leur permettre de s'insérer dans le nouveau schéma juridique de l'offre publique.

Deux problématiques :

1° Un empilement confus des projets médicaux imposés aux hôpitaux autorisés en psychiatrie ;

2° Un risque de dilution de la spécificité de l'activité psychiatrique au sein de GHT généralistes.

Leviers à actionner :

1° Ouvrir les dérogations résultant de la spécificité de l'offre de soin prévues à l'article L. 6132-1 du CSP afin de :

- Favoriser la constitution de communautés psychiatriques de territoire entre l'ensemble des acteurs concernés ;
- Permettre la mise en place d'une offre de soin graduée sur un territoire donné.

2° Organiser la gouvernance des GHT « généralistes » afin de favoriser le transfert des compétences nécessaires à l'autonomie de la psychiatrie entre l'établissement support et les HAP parties du GHT afin de :

- Permettre la mise en place d'un projet territorial de santé mentale cohérent ;
- Favoriserait la constitution de communautés psychiatriques de territoire cohérentes agissant comme un véritable réseau de soins psychiatriques.

L'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé rend obligatoire l'adhésion de tous les établissements publics de santé à des groupements hospitaliers de territoire, au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

Cette nouvelle stratégie de coopération sanitaire a pour double objectif d'assurer, d'une part, la « *prise en charge commune et graduée du patient* » et, d'autre part, « *la rationalisation des modes de gestions* » des établissements publics de santé. Elle tend à corriger les inégalités territoriales qui empêchent l'accès à des soins sûrs et de qualité.

Pour ce faire, les GHT qui ne sont pas dotés de la personnalité morale, doivent s'appuyer sur un projet médical partagé, établi par l'ensemble des établissements parties au groupement, qui doit répondre aux objectifs du projet régional de santé.

Dans le cadre de ce rapprochement, la loi impose un transfert obligatoire de compétences des établissements parties au groupement à un établissement support. Lui sont délégués obligatoirement la stratégie, l'optimisation et la gestion commune du système d'information hospitalier, en particulier la mise en place d'un dossier patient, la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonction achats, la formation.

L'établissement support peut également recevoir des délégations facultatives de compétences : gestion d'équipes médicales communes et de pôles interétablissements, d'activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Autant ces délégations peuvent paraître cohérentes dans le cadre d'un GHT « généraliste » entre établissements MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), autant la question se pose pour des établissements de santé en charge de la psychiatrie.

En effet, les soins psychiatriques qui, depuis les années 60 se sont organisés selon les règles de la politique de secteur, nécessitent un suivi différent au regard du patient, de sa pathologie et de son accompagnement. Depuis plus de 50 ans, les acteurs de la psychiatrie ont organisé un maillage spécifique du territoire afin d'assurer une offre de soin cohérente. Contrairement au MCO, ce maillage mobilise l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, du public et du privé, de l'hospitalisation et de la ville.

Au demeurant, l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 préserve cette spécificité en prévoyant que l'ensemble des professionnels dans le champ de la santé mentale doit élaborer un projet territorial de santé mentale dont l'objet est l'amélioration « *continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* »ⁱⁱ.

Ce projet territorial de santé mentale, qui en l'absence d'initiative des professionnels peut être imposé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, organise notamment « *l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charges spécifiques* »ⁱⁱⁱ.

Dans ce cadre, les acteurs parties au projet territorial de santé doivent conclure un contrat déterminant les actions menées ainsi que leurs missions et les moyens qu'ils doivent y consacrer^{iv}.

Dans ces conditions, il est inéluctable que ce contrat se superpose avec le projet médical partagé que l'établissement psychiatrique, souvent isolé, devra établir de manière commune avec les autres établissements parties du GHT.

Cette situation ne peut que conduire à deux écueils principaux, à savoir un risque d'empilement problématique des projets médicaux (I) et un risque de dilution à court ou moyen terme de la spécificité de l'activité psychiatrique au sein d'un GHT généraliste (II).

I. L'empilement des projets médicaux imposés aux hôpitaux autorisés en psychiatrie

L'activité psychiatrique présente une spécificité certaine par rapport aux activités MCO, tant au regard du parcours de soins du patient que de l'organisation territoriale.

En effet, le parcours des patients en psychiatrie est essentiellement extrahospitalier, ce qui nécessite un maillage particulier souvent sur un territoire plus étendu que celui de certains GHT « généraliste ».

De plus, cette spécificité se heurte à « l'approche par filière » préconisé par la Mission GHTV, dès lors que la prise en charge fait intervenir des acteurs ne faisant pas partie du secteur sanitaire (centres d'accueil, structures sociales, prisons, etc.)

L'**article L. 3221-1 du code de la santé publique** souligne d'ailleurs cette spécificité en indiquant que la politique de santé mentale est « **mise en œuvre par des acteurs diversifiés** (...) notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, de psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. »

Il met en lumière la complexité de la mise en œuvre de la politique de santé mentale, en relevant qu'elle comprend non seulement une activité de prévention, de diagnostic et de soins mais également des actions de réadaptation et de réinsertion sociale.

Afin de d'adapter la nouvelle organisation des établissements publics de santé à la singularité de l'activité psychiatrique, le législateur a prévu plusieurs dispositifs qui apparaissent comme autant de strates : le projet médical partagé du GHT, le projet territorial de santé mentale, la communauté psychiatrique de territoire :

- le GHT tend à organiser une offre de soin de proximité sur un territoire donné pour assurer une égalité d'accès à des soins sûrs et de qualité. Dans ce premier cadre, les HAP doivent élaborer avec les autres établissements publics de santé qui seront parties au groupement un projet médical partagé. L'intégration de la psychiatrie à ce projet est parfaitement cohérente avec la politique d'accès à des soins de proximité. Le projet médical partagé doit tenir compte et faciliter l'organisation de la prise en charge territoriale de la santé mentale. Toutefois, cette association étroite avec le MCO comporte de nombreux risques. On peut craindre en effet que le projet médical partagé ne prime sur le projet psychiatrique. Or, **la psychiatrie n'a pas**

vocation à réintégrer l'hôpital mais nécessite le maintien de son déploiement vers l'extérieur, notamment vers des organismes médico-sociaux et sociaux, pour permettre un accompagnement continu du patient favorisant son insertion ou sa réinsertion dans la société.

- Les HAP doivent élaborer un projet territorial de santé mentale, avec d'autres professionnels, par secteurs d'activité. Ceci rompt de nouveau avec la conception même du projet médical partagé qui doit « être un reflet par filière »^{vi}. Le rapport final de la mission sur les GHT précise en effet que « l'objectif est bien de couvrir l'ensemble de l'activité des établissements de santé, y compris la santé mentale, en ne raisonnant plus structure ou unité de soins, mais plutôt par patient et parcours de prise en charge ».
- La loi offre la possibilité de créer des communautés psychiatriques de territoire. Ces communautés doivent permettre de regrouper des HAP, signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, faisant partie de GHT différents. Chaque HAP peut participer à l'élaboration du projet médical partagé d'un GHT dont il n'est pas partie afin de définir et mettre en œuvre son projet médical d'établissement.

Cet empilement d'outils instaure une particulière complexité et des risques d'incohérence et de manque de lisibilité dans la mise en œuvre de la politique psychiatrique d'autant plus que chacune de ces strates juridiques concernera des territoires géographiques différents plus ou moins étendus.

II. Le risque de dilution de la spécificité de l'activité psychiatrique au sein d'un GHT généraliste

La création des GHT se traduira par des transferts obligatoires et facultatifs de compétences à l'établissement support.

A l'examen, plusieurs de ces délégations de compétences n'apparaissent pas pertinentes notamment :

- La gestion commune du système d'information et du DIM (1) ;
- La fonction d'achats (2) ;
- La gestion des équipes médicales communes (3).
- la mise en place d'un leader médical « chargé de coordonner la stratégie médicale du GHT et de participer à la nomination des responsables médicaux des GHT » préconisé par le rapport final (4).

1) La gestion commune d'un système d'information et du DIM

La gestion commune d'un système d'information et du DIM mêlant les activités MCO et les activités de psychiatrie ne semble pas pertinent.

En effet, elle impliquerait de regrouper dans un système unique et commun des informations, certes complémentaires, mais différentes, notamment par leur traitement (A cet égard, il est important de souligner que les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie disposent de système d'informations spécifiques, notamment le logiciel « Cortexte »).

En l'état, les modalités de recueil des informations en MCO et en psychiatrie reposent sur des outils différents :

- Les résumés de sortie standardisés (RSS) en MCO ;
- Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) qui comporte deux supports :
 - o Résumé par séquence pour les patients admis en hospitalisation avec ou sans hébergement (RPS) ;
 - o Résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes.

Si ces données sont recueillies et traitées par le département d'information médicale (DIM), elles n'ont pas le même objectif dès lors que les activités MCO font l'objet d'une tarification de l'activité (T2A) et que les activités de psychiatrie continuent d'être financées par un système de dotation annuelle (DAF).

Dans ces conditions, la délégation, vers un établissement de santé généraliste, de la gestion d'un DIM commun ne semble pas pertinente pour les HAP, en ce qu'elle ne permettra pas de développer de façon homogène des fonctions d'assurance qualité des données, de faire converger les pratiques de codage et de permettre une analyse médico-économique de l'activité.

Une alternative possible serait de désigner un DIM adjoint à la compétence reconnue en matière de recueil et de gestion d'informations relatives à l'activité de psychiatrie.

2) La fonction d'achats

La délégation des fonctions d'achat soulève également des difficultés notamment au regard de l'achat de médicaments spécifiques (psychotropes).

Ces médicaments ne se trouvent pas, ou marginalement, dans les pharmacies à usage intérieur des établissements MCO. Dès lors, il n'y a pas de gains à attendre d'une massification ou d'une standardisation des achats.

De surcroît, ces médicaments doivent respecter un mode de livraison et de conditionnement spécial ce qui implique un achat et un approvisionnement différent des médicaments dits « classiques ». En effet, la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre (...) les opérations commerciales et industrielles relatives aux substances ou préparations classées comme psychotropes sont, en principe, interdites sauf autorisation expresse par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé^{vii}.

Ces éléments ne plaident pas pour la mise en place systématique d'une gestion centralisée de la totalité de la fonction l'achat.

3) La gestion des équipes médicales communes et de pôles interétablissement

Les GHT doit conduire à la constitution d'équipes médicales communes qui doivent être prévues par la convention constitutive du groupement. Les membres peuvent également facultativement confier au groupement la constitution et la gestion de pôles interétablissements^{viii}.

La mise en œuvre de ces dispositions comporte de nouveau le risque de diluer l'activité psychiatrique dans une organisation généraliste, inadaptée à l'exercice d'une telle activité.

En effet, la mise en place d'un tel mode de gestion commun, impliquant une probable coordination des services MCO et psychiatriques, risque de circonscire les missions de l'établissement psychiatrique à combler prioritairement les besoins en psychiatrie des patients hospitalisés au sein des services de MCO des établissements parties. La question se pose bien évidemment pour la présence de la psychiatrie aux urgences.

Or si les établissements psychiatriques doivent bien apporter leur expertise et leur soutien dans les services MCO et aux urgences en cas notamment de troubles avérés liés en particulier à l'alcool, aux stupéfiants ou à des affections psycho-sociales, l'essentiel de leur activité concerne des patients souffrant d'une affection chronique qui se tournent de manière pragmatique vers des HAP assurant des urgences psychiatriques et non vers des établissements de santé généralistes.

Dès lors, si l'activité des HAP apparaît comme une simple activité d'appui dans les services de MCO, ceci rend peu opportun l'obligation d'être partie à un GHT pour de tels établissements.

4) Vers la mise en place d'un leader médical ?

Le rapport final envisage ce leader médical comme le pendant de l'actuel président de la CME. Il serait notamment compétent pour définir la stratégie médicale du GHT et nommer les responsables médicaux.

Or, comment mener une stratégie commune et cohérente dès lors que l'organisation même des soins entre MCO et psychiatrie est différente ?

Il a été relevé précédemment que la stratégie psychiatrique est définie dans le projet territorial de santé mentale.

Par conséquent, les établissements de santé autorisés en psychiatrie devront à la fois respecter et concilier la stratégie médicale de leur GHT, dont la mise en œuvre serait assurée par un leader médical non spécialisée en psychiatrie, et le projet territorial de santé mentale qui structure et coordonne l'activité de psychiatrie sur le territoire.

Dès lors, il n'apparaît pas cohérent de permettre au leader médical de définir une stratégie commune comprenant la psychiatrie dès lors que cette stratégie est extérieure au GHT et élaborée entre professionnels de la psychiatrie auxquels il n'appartient pas.

Au regard de ce qui précède, il apparaît donc plusieurs points de blocages et de complexité au regard de la spécificité de l'activité psychiatrique qui limiterait la mise en œuvre du schéma pré-fusionnel de la loi du 26 janvier 2016.

En conséquence, il semble indispensable de prévoir, dans le cadre du projet de décret, différents leviers destinés à faciliter la mise en œuvre des GHT.

Levier n° 1 : Autoriser les dérogations au titre de la spécificité de l'offre de soin

L'article L. 6132-1 du code de la santé publique dispose que « *chaque établissement public de santé, **sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soin territoriale**, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.* »

A ce titre, un décret en Conseil d'Etat doit préciser les conditions dans lesquelles ces dérogations peuvent être accordées.

Or, le projet de décret actuel ne fait aucune référence aux conditions dans lesquelles la dérogation pourrait être accordée, alors même que le premier projet de décret prévoyait divers cas d'ouverture à cette dérogation. Ainsi, pouvaient obtenir une dérogation, les établissements :

- Ayant un ressort national du fait de la loi ;
- Résultant d'une fusion intervenue dans les cinq années précédant la constitution d'un groupement hospitalier de territoire ;
- Résultant d'une fusion de l'ensemble des établissements anciennement parties à un groupement hospitalier de territoire.

Cette dérogation était prévue pour une durée de cinq ans, au terme de laquelle elle aurait été réexaminée.

Il apparaît que les pistes envisagées ne sont pas satisfaisantes au regard de la lettre de la loi soulignant que la spécificité de l'établissement doit s'apprécier dans l'offre de soin et non en soi.

Or, il est clair que **l'activité psychiatrique est par essence spécifique**, non parce qu'il s'agit d'une pathologie spécifique mais parce qu'elle impose un parcours de soins particulier :

- essentiellement hors de l'hôpital ;
- mobilisant un ensemble de dispositifs spécifiques tels que les centres d'activité thérapeutique à temps partiel, les appartements thérapeutiques, les centres d'accueil et de crises, les centres postcures, les centres médico-psychologiques ou encore les conseils locaux de santé mentale ;
- mobilisant l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, en institution comme en ville.

En conséquence, les HAP qui sont un maillon de la chaîne de l'offre de soin psychiatrique sur le territoire, ont donc d'office un caractère spécifique dans cette offre de soin.

Ainsi, tous les HAP qui le souhaitent pourraient obtenir, dans le respect de la lettre comme de l'esprit de l'article L. 6132-1, la dérogation prévue. L'octroi d'une telle dérogation pourrait s'apprécier en fonction de l'offre de soin psychiatrique sur le territoire qui est très différente d'un département à l'autre.

Plus particulièrement, dans l'hypothèse où, sur un territoire donné, il n'existe qu'un seul HAP, une dérogation lui permettrait d'organiser de manière autonome son activité afin de s'intégrer de manière cohérente dans le projet territorial de santé mentale et donc de structurer une offre de soin globale sur ce territoire.

A l'inverse, si, sur un territoire, il coexiste plusieurs établissements publics de santé autorisés en psychiatrie, ceux-ci pourraient plus facilement se regrouper au sein d'un GHT spécialisé en psychiatrie.

En tout état de cause, une interprétation souple de l'article L. 6132-1 du CSP serait de nature à favoriser la création de communautés psychiatriques de territoire, dès lors que les HAP ne seraient plus contraints par un projet médical partagé essentiellement tourné vers le MCO. Ainsi, les HAP pourraient plus facilement coordonner la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement autour du projet territorial de santé mentale en lien avec les autres acteurs de la santé mentale.

Par suite, les établissements privés de santé, les établissements médico-sociaux, les organismes sociaux pourraient être associés à ces communautés afin de bénéficier d'un cadre unique dans la mise en place d'un parcours de santé psychiatriques cohérents.

Ceci n'interdirait pas pour autant, bien au contraire, aux HAP de s'associer au niveau local avec un ou plusieurs GHT afin de garantir une prise en charge de proximité des patients.

Ce schéma permettrait de structurer et de coordonner de manière cohérente l'activité psychiatrique, par l'élaboration du projet territorial de santé mentale et la conclusion du contrat territorial de santé mentale.

Et ce d'autant plus que ce contrat pourra être conclu par « notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux »^{ix}.

De plus, l'association des HAP à un GHT favoriserait la coopération des activités psychiatriques par une prise en charge commune et graduée du patient dans un parcours de soins fluide, sûr et de qualité.

Levier n°2 : Autoriser le transfert des compétences nécessaires à l'autonomie de la psychiatrie de l'établissement support vers les HAP

Il a été démontré que la délégation de compétences à un établissement support fait apparaître des difficultés organisationnelles (système d'information, DIM, fonction d'achats).

Elle pourrait également se traduire par une dilution de l'activité psychiatrique dans un ensemble ne tenant pas compte de ses spécificités.

Toutefois, la loi n'envisage pas la création, au sein des GHT, d'un second établissement support permettant à un HAP, partie à un tel groupement, de gérer l'activité psychiatrique de manière autonome. Elle semble en effet imposer un modèle unique de GHT transposable à chaque territoire sans aucune possibilité d'adaptation.

Or, le rapport final de la mission sur les GHT souligne qu'il ne doit pas exister un seul modèle de GHT : la construction des GHT doit être faite par les acteurs de la santé au regard de la spécificité du territoire et de l'offre de soin. Dès lors, le rapport préconise non seulement de laisser la plus grande souplesse aux professionnels mais également de favoriser l'expérimentation.

L'expérimentation permettrait de dissiper les blocages inhérents à une application uniforme de la loi et d'enrichir les modalités de constitution et de fonctionnement des GHT au plus grand profit des établissements publics.

Dans ce cadre, il pourrait être envisagé une délégation de compétences limitée de l'établissement support du GHT à l'HAP ou à l'un des HAP parties au GHT, autorisant une certaine autonomie de l'activité psychiatrique au sein du GHT.

Ainsi, l'HAP pourrait se voir déléguer notamment :

- L'organisation territoriale de la santé mentale ;
- La gestion d'un système d'information et d'un DIM spécifiques ;
- La fonction d'achat ;
- La constitution et la gestion des équipes communes de psychiatrie ;
- La constitution d'un pôle interétablissement en psychiatrie.

Dans ce cadre, le projet territorial de santé mentale pourrait également être mis en œuvre directement, sans passer par le filtre du projet médical partagé. Ceci favoriserait la constitution de communautés psychiatriques de territoire cohérentes, agissant comme un véritable réseau de soins psychiatriques, indépendant des GHT mais favorisant cependant la réalisation des objectifs de ces derniers.

Conclusion :

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les GHT afin de permettre aux établissements publics de santé 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 et d'assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Cependant, la spécificité de l'organisation des soins psychiatriques qui ne peut pas être diluée dans un GHT généraliste, ne permet pas une intégration globale de ces derniers dans ce dispositif. Cette spécificité a d'ailleurs été prise en compte par la loi en ce qu'elle rend obligatoire la participation des HAP à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale et qu'elle prévoit la possibilité de constituer des communautés psychiatrique de territoire.

De surcroît, l'empilement des projets médicaux apparaît peu efficace et cohérent dans la recherche de soins de qualité puisque la stratification territoriale laisse peu de place à l'autonomie de ces établissements.

En conséquence, afin de ne pas entraver l'activité psychiatrique et faciliter l'association des HAP aux GHT, il convient d'une part, d'ouvrir les possibilités de dérogation à l'obligation d'appartenir à un GHT prévues L. 6132-1 du code de la santé publique, d'autre part, de prévoir la possibilité de délégations limitées aux HAP parties d'un GHT.

ⁱ Article L. 6132-1 code de la santé publique

ⁱⁱ Article L. 3221-2 code de la santé publique

ⁱⁱⁱ Article L. 3221-2 III° code de la santé publique

^{iv} Article L. 3221-2 IV° code de la santé publique

^v Rapport final de la mission sur les GHT déposé en mars 2016

^{vi} Rapport final de la mission sur les GHT déposé en mars 2016

^{vii} Article R. 5132-88 code de la santé publique

^{viii} Article 4 projet de décret relatif au GHT

^{ix} Article L. 3221-2 II° code de la santé publique