Nicolas CHARLES

Les groupements hospitaliers de territoire : entre coopération et restructuration

Mémoire soutenu pour l'obtention du
Master 2 Droit et politiques de santé
Promotion 2016-2017
Université Lille 2 Droit et santé, faculté de sciences juridiques, politiques et sociales

BNDS
BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE
DE DROIT DE LA SANTÉ
ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

Collection Mémoire numériques de la BNDS

LEH Édition

79

Collection Mémoires numériques de la BNDS
Collection dirigée par François Vialla,

Directeur du Laboratoire européen d'Études et de Recherche Droit & Santé,
Université Montpellier I

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : ENTRE COOPÉRATION ET RESTRUCTURATION

Achevé d'éditer en septembre 2018
ISBN 978-2-84874-792-7
ISSN en cours
© Tous droits réservés
LEH Édition 2018
253-255 cours du Maréchal-Gallieni • 33000 Bordeaux
Tél. 05 56 98 85 79 • Fax 05 56 96 88 79

www.leh.fr

Consultation du catalogue et commande en ligne sur

www.bnds.fr

NOTE DE L'ÉDITEUR :
Ce mémoire, fruit d'un travail universitaire remarqué, est publié en l'état, après avoir été dûment corrigé et mis à jour par l'auteur, suite aux suggestions du jury de mémoire.

NOTE DE L'UNIVERSITÉ :
L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le présent mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DES SCIENCES JURIDIQUES, POLITIQUES ET SOCIALES

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : ENTRE COOPÉRATION ET RESTRUCTURATION

Mémoire présenté par
Nicolas CHARLES

Année universitaire 2016-2017
en vue de l'obtention du master 2 Droit et politiques de santé

Sous la direction de :

Johanne Saison

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 5

PRINCIPALES ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 8

TITRE I – LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À LA CRÉATION DES GHT 16

Chapitre I – Les différentes intégrations des établissements de santé aux GHT 17

Chapitre II – La convention constitutive 20

Chapitre III – Le projet médical partagé 23

TITRE II – LE PILOTAGE DU GHT 25

Chapitre I – L'enjeu stratégique de la désignation de l'établissement support 26

Chapitre II – La place prépondérante des CHU 29

Chapitre III – Une pluralité d'instances 32

TITRE III – LES CONSÉQUENCES DE LA MISE EN ŒUVRE DES GHT 37

Chapitre I – Un bouleversement dans les fonctions des établissements 38

Chapitre II – La gestion des ressources humaines au sein des GHT 45

CONCLUSION 47

BIBLIOGRAPHIE 48

TABLE DES MATIÈRES 56

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement plusieurs personnes, sans lesquelles ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Tout d'abord, je remercie vivement Madame Saison, pour m'avoir permis d'intégrer le Master 1 Administration Publique à l'Institut de Préparation à l'Administration Générale, puis le Master 2 Droit et Politiques de Santé de l'Université de Lille 2. Je la remercie également pour sa grande disponibilité, et pour les conseils avisés qu'elle a pu me dispenser au cours de ces deux années universitaires riches en enseignements.

Je tiens également à remercier Madame Delmotte, Directrice Générale du groupe Hospitalier Seclin Carvin, pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer mon stage au sein de son établissement. Je la remercie, ainsi que le personnel de sa structure, pour l'aide et les éclairages précieux apportés sur mon sujet de mémoire pour mieux appréhender le côté pratique et concret de ce sujet qui bouleverse le paysage hospitalier.

Je remercie également ma mère pour son soutien sans faille et pour la relecture de mon mémoire.

Un grand merci également à ma compagne, qui m'a soutenue, notamment logistiquement, lors de l'écriture du présent mémoire.

PRINCIPALES ABREVIATIONS

ADRHESS	Association pour le Développement des Ressources Humaines des Établissements Sanitaires et Sociaux
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANFH	Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDU	Commission des Usagers
CGT	Confédération Générale du Travail
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Commission Hospitalière de Territoire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CSIRMT	Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CS	Conseil de Surveillance
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Comité Technique d'Établissement
DIM	Département d'Information Médicale
DPII	Dossier patient informatisé interopérable
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire
GIHS	Groupements InterHospitaliers de Secteur
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales

MAPTAM	Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMP	Projet Médical Partagé
QVT	Qualité de vie au travail
SIH	Syndicat InterHospitalier
T2A	Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

« Il faut, autant qu'on peut, obliger tout le monde :

On a souvent besoin d'un plus petit que soi »[1].

Ces vers, tirés d'une célèbre fable de La Fontaine, dont la seconde partie est rentrée dans le langage populaire, est d'ordre général assez parlante et vraie, tant il faut compter sur toutes les forces, mêmes celles nous apparaissant dérisoires, dont nous pouvons disposer dans le cadre d'un projet, d'un travail, d'une réalisation, ou tout simplement dans les actes de la vie courante, pour les faire aboutir au mieux. Cette phrase s'applique parfaitement au milieu de la santé, où chaque personne, quel que soit son métier ou son grade, permet la bonne prise en charge du patient, à l'instar du médecin de ville qui va envoyer le malade à l'hôpital, dans lequel le spécialiste va tenter de trouver un remède, avec l'aide des aides-soignants, des infirmiers, mais aussi des agents d'entretien qui vont permettre le travail des professionnels de santé dans de bonnes conditions. Mais on peut voir aussi cela de façon plus structurelle, où les établissements de toutes tailles vont participer au parcours de soins. Et cela est particulièrement vrai aujourd'hui avec le développement des coopérations hospitalières. Les petits établissements ont besoins des gros, mais ces derniers ont également besoin de ces premiers pour mieux appréhender les besoins et les nécessités du territoire sur lequel ils sont implantés, et pour permettre une meilleure prise en charge de la population.

Pour comprendre les coopérations hospitalières, il faut comprendre l'avènement des hôpitaux tel que nous pouvons les connaitre aujourd'hui.

La notion d'hôpital n'est que récente dans notre histoire. Si des ordres religieux en Europe (chrétiens) et au Moyen-Orient (musulmans) ont bien tenté de créer des lieux de soins pour les plus indigents, il faut attendre un édit de Louis XIV en 1656 pour que soit créé l'Hôpital Général avec comme fer de lance les soins et l'assistance aux plus pauvres, bien que sa nature en ait été détourné pour ne devenir qu'une sorte de « cache-misère », où étaient parqués les individus pour les cacher du reste de la population.

L'hôpital ne trouve son modèle actuel qu'à partir de la Seconde Guerre Mondiale, avec la loi du 21 décembre 1941[2] et son décret d'application du 17 avril 1943, rendant celui-ci accessible à tous (et plus seulement aux seuls pauvres). Cette loi pose véritablement les bases juridiques de l'hôpital en tant qu'établissement sanitaire et social, supprime les hospices civils, et marque le début de la vie hospitalière « moderne »[3]. L'hôpital est désormais géré par l'Etat, avec à sa tête un directeur, « *agent appointé par l'établissement, chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative et d'assurer la direction du service* ». Il faut attendre 17 années pour qu'une nouvelle réforme, initiée par le professeur Robert Debré, vienne transformer l'hôpital, sous la forme de trois ordonnances prises entre le 11 décembre et le 30 décembre 1958. Cette dernière[4] crée les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU)[5], ainsi que les médecins à temps plein hospitalo-universitaires. Ces CHU, au nombre de 30, vont devenir des établissements de référence, à la pointe de la technologie médicale, dotés d'une

[1] Jean de La Fontaine, *Fables de la Fontaine*, livre II, onzième fable, *Le Lion et le Rat*, 1668.
[2] Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.
[3] A.Dhordain, *Le CHU : L'hôpital de tous les défis*, Privat,10 janvier 2008, p.16.
[4] Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
[5] *Op.cit.,* Article 1er : « Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de centres hospitaliers et universitaires ».

grande source de savoir et, logiquement, des plus grands professeurs de médecine. Ces grands établissements sont rattachés directement à une université, permettant à la fois de former les futurs professionnels médicaux, de pouvoir faire de la recherche médicale. Ils exercent également des activités de recours et de référence, et effectuent certaines missions d'intérêt général (comme les urgences ou encore les centres anti-poisons). Initialement, avec le découpage administratif de l'époque, et ce jusqu'en 2015[6], il existait un CHU par région[7].

La France se dote donc progressivement d'une multitude d'établissements, répondant chacun à des spécificités liées au bassin de population, ou à des intérêts stratégiques. Cependant, ce maillage du territoire, certes correctement doté, du moins en nombre de structures, ne fais pas fonctionner l'ensemble des établissements comme un tout, mais chaque établissement fonctionne indépendamment des autres. L'idée de coopération va se faire progressivement, jusqu'à s'accentuer avec de nombreux outils qui vont émerger et changer la physionomie des établissements de santé.

Le terme hôpital est désormais désuet, les textes préférant le terme d'établissement de santé. Celui-ci peut se définir quant à sa finalité, inscrite dans l'article L6111-1 du Code de la Santé Publique : « *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé* ». Pour cela, l'établissement de santé délivre des soins, pouvant être palliatifs, et ce avec ou sans hébergement, en ambulatoire ou à domicile. Le Code de la Santé Publique[8] indique que ces établissements « *participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux* ». Ils participent également « *à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire* », tout en menant « *une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale* ».

Selon le dictionnaire Larousse, la coopération se définit comme étant l'« action de coopérer, de participer à une œuvre commune ; collaboration ; concours ». Si la multiplicité des acteurs est sous-entendue dans cette définition, il faut en revanche se tourner vers la définition que nous donne l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)[9] afin de mieux appréhender l'objet de la coopération :« *La coopération s'entend à la fois sur le volet des échanges d'idées et sur celui des échanges matériels, notamment dans le cadre d'entente économique, technique ou financière. Elle a aussi une conception entrepreneuriale dès lors qu'elle est considérée comme une méthode d'action par laquelle des individus ou des groupes d'individus ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de tous sont égaux et où le profit réalisé est réparti entre les seuls associés au prorata de leur participation à l'activité sociétaire* ».

La restructuration, quant à elle, et toujours selon le dictionnaire Larousse, est l'« *opération consistant à réorganiser ou à réaménager un ensemble devenu inadapté* », et c'est également l' « *action de réorganiser quelque chose selon de nouveaux principes, avec de nouvelles structures* ». Comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport dressant le bilan des regroupements hospitaliers depuis les années 2000[10], les hôpitaux ont le devoir de s'adapter perpétuellement aux besoins de santé, aux nouvelles techniques qui ne cessent d'évoluer, aux contraintes démographiques et aux ressources financières qui sont disponibles. De plus, l'IGAS

[6] Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.
[7] Exception faite des régions Rhône-Alpes (3 CHU), Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon et Bretagne (2 CHU), et de la Corse (aucun CHU).
[8] Article L6111-1 CSP.
[9] Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, Guide méthodologique des coopérations territoriales, mars 2011, p.5.
[10] F. Lalande, C. Scotton, P.-Y. Bocquet, J.-L. Bonnet, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport N°RM2012-020P 17, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, mars 2012, p.15.

rappelle le caractère continuel de la restructuration. Ainsi, il est dressé une liste des différentes restructurations possibles : « La fusion n'est qu'une modalité de restructuration, au même titre que la fermeture, la spécialisation, la reconstruction ou la coopération ». Si la coopération est une des formes de restructuration, il existe en revanche un arsenal de restructurations qui n'en sont pas. La distinction a donc toute son importance.

Si l'hôpital a su être ce qu'il est aujourd'hui, c'est en partie grâce aux coopérations sanitaires qui ont renforcé le maillage territorial et l'offre de soins. Mais l'avènement des coopérations reste encore jeune, les premières formes étant apparues il n'y a pas encore 50 années.

Effectivement, il a fallu attendre la loi du 31 décembre 1970[11], dite loi Boulin, pour que soit mis en place les premiers outils de coopérations hospitalières. Tout d'abord, il y a le Groupement Interhospitalier de Secteur (GIHS). Celui-ci se fait avec les établissements assurant le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire[12]. Non dotés de la personnalité morale, ces GIHS disposent d'un conseil « *chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie* ».

L'autre outil de coopération de la loi Boulin est le Syndicat InterHospitalier (SIH). Il s'agit de la première forme de coopération institutionnelle entre les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public, bien qu'en réalité cela ne concernait quasiment que les établissements publics. Etablissements publics, sans pour autant être des établissements de santé, seuls les établissements de santé (dont l'un au moins public) qui le souhaitent peuvent y participer. Concrètement, le SIH permettait à l'un de ses membres d'exercer, pour tous les établissements en faisant partie (ou seulement certains), « *toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment la création et la gestion des services communs, la formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel, l'étude et la réalisation de travaux d'équipement, la centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement des travaux d'équipes entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte des établissements, la gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par les établissements, la création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population* »[13].

Cette formule des SIH n'a pas eu un grand retentissement. Son caractère non obligatoire a laissé le choix aux directeurs des établissements, qui craignaient une perte de leur autonomie, de ne pas y avoir recours. Afin de procéder à l'instauration de nouveaux outils de coopération, et afin de faire cesser cet outil sans grand intérêt dans la pratique, une ordonnance a été prise le 4 septembre 2003[14]qui met fin à la création de nouveaux SIH à partir du 1er janvier 2005. Le recours au groupement de coopération sanitaire était dès lors recommandé. Pour aller dans ce sens, la loi du 21 juillet 2009[15] (loi HPST)prévoyait que dans les trois années suivant la publication de cette loi, les SIH disparaîtraient. Le décret du 27 décembre 2012[16] organise cette transformation des SIH en groupements de coopération sanitaire ou en groupements d'intérêt public.

Il faudra attendre 17 ans après les GIHS et les SIH pour qu'un nouvel outil de coopération soit instauré dans le domaine sanitaire, sous la forme du groupement d'intérêt : il est public ou économique.

[11] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
[12] *Op.cit.,,* article 5.
[13] M.-L. Moquet-Anger, *Droit Hospitalier*, LGDJ,4ème édition, avril 2016, p.120.
[14] Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
[15] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[16] Décret n° 2012-1483 du 27 décembre 2012 relatif à la transformation des syndicats interhospitaliers en groupement de coopération sanitaire ou en groupement d'intérêt public.

En effet, la loi du 15 juillet 1982[17] prévoit ce que l'on appelle les groupements d'intérêt public (GIP)[18]. Il faut la loi du 23 juillet 1987[19] pour que le champ d'application des GIP soit étendu au domaine sanitaire et social. Ils seront utiles pour permettre l'installation des Agences Régionales de l'Hospitalisation[20] (ARH), fruits des ordonnances Juppé en 1996. Le GIP, élaboré pour être un partenariat entre les personnes publiques et les personnes privées, n'a cependant pas de nature juridique certaine. Suite à une décision du Tribunal des Conflits du 14 février 2000[21], le GIP devient une personne morale de droit public, soumise à un régime spécifique. Pour doter les GIP d'un cadre juridique commun, la loi du 17 mai 2011[22] dispose qu'ils sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Pour crée un GIP, une convention constitutive doit être passée et approuvée par le Ministère de la Santé. Ces GIP sont créés majoritairement afin de réaliser des activités communes, ou pour créer ou gérer des équipements et des services d'intérêt commun nécessaires aux activités.

Les groupements d'intérêts économiques (GIE) créés par une ordonnance de 1967[23], et modifiés par une loi du 13 juin 1989[24], ont pour but de « *permettre et d'autoriser le développement de l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroitre les résultats de cette activité. L'activité du GIE ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à l'activité de ses membres* », le rappelle Didier Stingre dans son ouvrage consacré au service public hospitalier[25]. De ce fait, le GIE n'existe qu'en prolongement de l'activité exercée par l'établissement de santé. Pur instrument pour activités commerciales, c'est à l'article L251-1 à L251-23 du Code de Commerce qu'il est codifié. Ces articles précisent que le but du GIE n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même, et que sa durée est déterminée. Jouissant de la personnalité morale de droit privé, les membres du GIE sont tenus des dettes de façon solidaire. Dans le domaine hospitalier, ces GIE servent notamment à acquérir des matériels onéreux, comme les scanners ou les IRM, entre des établissements de santé publics et privés.

Cependant, cette coopération sous la forme d'un GIE ne se limite qu'à une entraide financière, économique entre les établissements, le Conseil d'Etat, dans un avis du 1er aout 1995[26], ayant énoncé que le GIE ne pouvait pas exercer une activité de soins. Ce raisonnement a été pris en deux temps. Tout d'abord, il a considéré que si un établissement public dispose de la liberté de choisir ses formules de coopération, il ne peut pas le faire exclusivement entre établissements publics, car la personne morale de ce groupement est de droit privé. Ensuite, il a considéré qu'un tel groupement ne saurait en aucun cas être lui-même en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins qui sont celles d'un établissement de santé.

En 1996, les ordonnances Juppé viennent doter le monde de la santé d'outils supplémentaires.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée vient créer les groupements de coopération sanitaire (GCS) pour les établissements de santé, avec pour but de proposer une « *formule complémentaire du syndicat hospitalier puisqu'il permettait à des établissements*

[17] Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.
[18] *Op.cit.,* article 21 :« Des groupements d'intérêt public dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière peuvent être constitués entre des établissements publics ayant une activité de recherche et de développement technologique, entre l'un ou plusieurs d'entre eux et une ou plusieurs personnes morales de droit public ou de droit privé pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités de recherche ou de développement technologique, ou gérer des équipements d'intérêt commun nécessaires à ces activités ».
[19] Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.
[20] Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
[21] Tribunal des Conflits, 14 février 2000, GIP « Habitat et interventions sociales pour les mal-logés et les sans-abris ».
[22] Article 98 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.
[23] Ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.
[24] Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.
[25] D.Stingre, *Que sais-je ?, Le service public hospitalier*, PUF, 5ème édition, mai 2012.
[26] Conseil d'Etat, avis n° 358047, section sociale, 1er août 1995.

privés ne pouvant constituer un tel syndicat, en l'occurrence les établissements privés à but lucratif, de coopérer institutionnellement avec des établissements publics et des établissements privés participant au service public hospitalier »[27].Ainsi, l'objet du GCS est d'améliorer et de développer l'activité des établissements de santé.

Ce type de groupement détient la personnalité juridique, de nature publique ou privée en fonction des cas. Avec l'engouement qu'a suscité cette forme de coopération, plusieurs textes sont venus renforcer cette disposition. L'ordonnance du 4 septembre 2003[28], supprimant le SIH au profit du GCS, vient élargir les acteurs en ouvrant aux médecins libéraux la possibilité d'en faire partie, et permet la constitution juridique d'un réseau de santé. De plus, le GCS peut depuis être un employeur et assurer des missions relevant d'un établissement de santé. Afin de rendre plus accessible cette forme de coopération déjà largement usitée, la loi HPST simplifie son régime juridique. Un GCS, pour être fonctionnel, doit, à l'aide d'une convention constitutive, déterminer les modalités d'organisation du groupement, ainsi que son fonctionnement, et l'objectif de cette coopération. Une assemblée générale est déterminée dans cette convention. Elle élira par la suite un administrateur, qui aura pour charge de faire appliquer les décisions adoptées par le groupement.

Il existe deux types de GCS, celui dit « de moyens » et celui dit « établissement de santé ». Ce premier permet aux établissements membres « *d'organiser ou de gérer des activités administratives, logistiques techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche, de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, de permettre des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux* »[29]. De plus, et ce depuis 2016, un ou plusieurs membres pourront exploiter, sur un site unique, les autorisations détenues par l'ensemble des membres. Cette forme de GCS est la plus utilisée par les établissements de santé.

Le GCS sous la forme établissement de santé permet d'exercer une ou plusieurs activités de soins ou d'exploiter des équipements lourds ou d'une autorisation d'activités de soins délivrée dans les mêmes conditions que pour les établissements de santé[30]. Ce GCS peut facturer des soins à l'assurance-maladie, et doit veiller, comme tout établissement de santé classique, à la bonne application des règles relatives à la vie d'un tel établissement (responsabilité, vigilance, qualité, etc.).

Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent également participer à un GCS avec un établissement purement sanitaire. Dans ce cas, ce type de groupement est appelé groupement de coopération sociale[31].

La coopération venant de ce modèle de groupement n'est pas permise uniquement aux établissements de santé et médico-sociaux. En effet, même si c'est pour ce type de structure qu'il a été créé, le GCS peut, sur autorisation du directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS), faire participer d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens ou les auxiliaires médicaux, et des organismes de santé. Mais cela n'est qu'une participation, ils ne disposent ni du droit de vote, ni de l'obligation de financer le GCS (et par conséquent, ils ne sont pas tenus aux dettes du GCS).

Afin d'accentuer les coopérations entre les établissements de santé, il a été créé par la loi HPST du 21 juillet 2009[32], et sur proposition de la commission « Larcher », la communauté hospitalière de territoire (CHT). Outil ouvert uniquement entre les établissements publics (exclusion du privé et des professionnels libéraux), le CHT, non doté de la personnalité morale, repose sur une convention entre les membres. Cette communauté ne revêt pas de caractère obligatoire, ce qui laisse la liberté aux

[27] M.-L. Moquet-Anger, *Droit Hospitalier*, LGDJ,4ème édition, avril 2016, p.127.
[28] Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
[29] M.-L. Moquet-Anger, *Droit Hospitalier*, LGDJ,4ème édition, avril 2016, p.128.
[30] Article L6133-1 CSP.
[31] Article L312-7 CASF.
[32] Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par Gérard Larcher.

établissements de s'engager ou non (à relativiser par le poids du directeur de l'ARS dans l'impulsion de création d'un CHT sur le territoire relevant de sa compétence), mais qui perd, par conséquent, de force dans la volonté affichée vers davantage de coopération. De plus, chaque établissement ne peut s'engager que dans une seule convention[33].

La santé est une notion en perpétuel mouvement. En effet, elle ne supporte pas l'immobilisme, du fait de nombreux facteurs : évolutions des maladies et des pathologies, évolution démographique, répartition des zones de populations à risques, etc… De surcroit, si notre système de santé fut en 2000, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, celui « *qui fournit les meilleurs soins de santé généraux* »[34], il ne se classe désormais « qu'à » la 15ème place mondiale. Si cette place est honorable, elle souligne malgré tout le fait que notre système n'est pas porté à son efficience maximale, et que de nombreux progrès et améliorations sont encore à faire pour une meilleure prise en charge du patient. Ainsi, il convient, régulièrement, de le rénover, que ce soit superficiellement, en ajustant des mesures existantes pour correspondre davantage à la réalité du terrain, ou alors en profondeur par de grandes lois qui marquent durablement le monde hospitalier.

C'est ce que la Ministre de la Santé Marisole Touraine (du 16 mai 2012 au 10 mai 2017) s'est attelée à faire, avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[35]. Commencé dès le début de sa prise de fonction sous le gouvernement de Jean-Marc Ayrault, le projet de loi relatif à la santé a été présenté devant le Conseil des ministres le 15 octobre 2014[36]. Après plus d'un an de travaux parlementaires, le projet de loi est définitivement adopté par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015. Marisole Touraine déclara alors : « *Un seul objectif : l'égalité. Une seule méthode : l'innovation. Ce texte garantit l'accès de tous à des soins de qualité. C'est un texte contre l'immobilisme et la résignation. C'est un texte qui vise à offrir à chacun les mêmes droits, les mêmes chances, pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé* ». Dans le dossier de presse du 17 décembre 2015[37], la loi est présentée sous forme de 19 mesures, regroupées sous 3 axes[38]. Cependant, l'une des mesures de cette loi, qui modifie

[33] Article 22 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[34] Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, 2000.

[35] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[36] Dossier de presse du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, 17 décembre 2015, 22 pages. Trois points clés sont donnés : prévenir avant d'avoir à guérir, faciliter la santé au quotidien, innover pour conforter l'excellence du système de santé.

[37] *Op.cit*., p.2.

[38] **Axe 1 – innover pour mieux prévenir**
Mesure 1 : Déployer un parcours éducatif en santé, de la maternelle au lycée
Mesure 2 : Désigner un médecin traitant pour les enfants (jusqu'à 16 ans)
Mesure 3 : Renforcer l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires
Mesure 4 : Réduire les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes
Mesure 5 : Lutter activement contre le tabagisme
Mesure 6 : Améliorer le dépistage des infections sexuellement transmissibles
Mesure 7 : Encourager la réduction des risques chez les usagers de drogues
Autres mesures
Axe 2 – Innover pour mieux soigner en proximité
Mesure 8 : Développer une médecine de proximité autour du médecin traitant
Mesure 9 : Généraliser le tiers payant chez le médecin
Mesure 10 : Créer un numéro d'appel national pour joindre un médecin de garde
Mesure 11 : Elargir les compétences de certaines professions de santé
Mesure 12 : Relancer le dossier médical partagé
Mesure 13 : Renforcer le service public hospitalier
Autres mesures
Axe 3 – Innover pour renforcer les droits et al sécurité des patients
Mesure 14 : Créer un droit à l'oubli pour les anciens malades de pathologies graves
Mesure 15 : Permettre l'action de groupe (« class action ») en santé
Mesure 16 : Améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire
Mesure 17 : Ouvrir l'accès aux données de santé

de façon conséquente la physionomie des établissements publics de santé, et pour qui ces derniers doivent repenser entièrement leur vision du territoire de santé, n'est pas inscrite dans l'une de ces 19 mesures. Il faut aller aux « autres mesures » de l'axe 2 pour le découvrir[39] : il s'agit des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Les groupements hospitaliers de territoire sont une obligation pour les établissements publics de santé (il existe cependant des dérogations, tenant à des spécificités de l'établissement dans l'offre de soins territoriale). Ils ne sont pas dotés de la personnalité morale[40]. L'article L6132-1 paragraphe II du Code de la Santé Publique nous indique l'objet du GHT :« *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* ».

Pourtant, si cette nouvelle forme de coopération semble n'être qu'un élément parmi d'autres dans cette loi, elle a cependant fait l'objet d'un travail conséquent afin de bien saisir l'opportunité de créer les GHT et de comment les mettre en place. La ministre de la Santé, en commission des affaires sociales[41], dira d'ailleurs à propos des GHT « *C'est sans doute un article qui n'attire pas l'attention du grand public, ça ne fait pas partie de ces mesures qui accrochent ceux qui ne sont pas familier du système de santé. Mais c'est probablement une des structures les plus structurantes pour l'avenir de notre système de santé* ». En effet, Marisole Touraine a chargé deux personnes, Jacqueline Hubert[42] et Frédéric Martineau[43], dans une lettre de mission du 17 novembre 2014, de participer à la conception du dispositif et à la définition des outils et des modalités de sa mise en œuvre. Ainsi, ces personnes, représentant à la fois le corps administratif et le corps médical à l'hôpital pour une vision plus complète, ont dû se pencher sur l'accompagnement de ce nouveau dispositif, sur la définition des outils, et sur les modalités de mise en œuvre des GHT.

Ces dispositions sur les GHT semblent être nées d'un mouvement coopératif collectif de rationalisation initié dans plusieurs sphères de la vie publique. Ainsi, comme le met en évidence Caroline Lesne, il y a un écho à faire entre la mise en place des GHT, qui rationnalise le secteur public hospitalier par son objet, et la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles du 27 janvier 2014 (loi dite « MAPTAM »). En effet, cette dernière vient renforcer la rationalisation de l'intercommunalité en élargissant le champ des compétences obligatoires des communautés de communes et d'agglomération, et ce en laissant aux communes les compétences relavant de la plus grande proximité[44]. De plus, ces deux dispositions changent le territoire. Pour Claude Evin, cette organisation territoriale s'impose afin de « *construire des parcours de santé évitant les ruptures de prise en charge des patients atteints de maladie chronique et nécessitant pour cela une bonne articulation entre les différents acteurs de soins* »[45].

La Ministre de la Santé dira, en guise de conclusion sur les GHT lors de l'examen du projet de loi santé, [46]« *Ce sont des dispositions très techniques, ce sont des propositions extrêmement structurantes et*

Mesure 18 : Garantir plus de transparence sur les liens d'intérêts en santé
Mesure 19 : Accroître la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux
Autres mesures

[39] Dossier de presse du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, 17 décembre 2015, p.15,« Renforcer la coopération entre hôpitaux publics, avec la création des groupements hospitaliers de territoire ».

[40] Article L6132-1 CSP.

[41] Examen du projet de loi santé, Commission des affaires sociales, 19/03/2015.

[42] Directrice Générale du CHU de Grenoble.

[43] Président de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de la Côte Basque (Bayonne).

[44] C. Lesnes, *GHT- Une fausse bonne idée pour la GRH*, Houdart et associés Le Blog, 25 juin 2015, p.1.

[45] C. Evin, Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence, Revue de Droit Sanitaire et Social, 2017, p.107.

[46] Examen du projet de loi santé, Commission des affaires sociales, 19/03/2015.

qui ont vocation à remodeler de façon durable et en profondeur le visage de notre système hospitalier et de notre système de soins ». Il transparait de ces propos la volonté de réformer de manière conséquente le fonctionnement du système de santé, en s'attaquant du côté des structures garantes du bon fonctionnement des soins.

Comment ces groupements hospitaliers de territoire vont-ils permettre davantage de coopération et par quels moyens vont-ils se révéler être une restructuration du système de santé et de son maillage territorial ?

Les GHT, outre leur aspect conventionnel, sont très formalisés, ce qui est nécessaire à leur création (Titre I). Afin de bien remplir leur rôle de coopération, ils ont été dotés d'un mode de pilotage partagé entre innovation et reprise de modèles existants (Titre II). Outre créer de nouveaux liens entre les différents établissements publics de santé, ils entrainent de nombreuses conséquences qui vont modifier, parfois en profondeur, la vie et le mode de fonctionnement des établissements (Titre III).

TITRE I

LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À LA CRÉATION DES GHT

Si les groupements hospitaliers de territoire, de nature conventionnelle (mais obligatoire), laissent du champ libre pour adapter les besoins des établissements sur leur territoire d'implantation, la loi encadre malgré tout leur constitution et donne un socle commun afin d'unifier la coopération linéairement sur le territoire. Ainsi, la loi a prévu différents niveaux d'intégration aux GHT en fonction de la nature de l'établissement de santé (Chapitre I). L'unification de ces secteurs aux GHT se fait par une convention constitutive (Chapitre II), dans lequel on retrouve le cœur de cette coopération hospitalière, à savoir le projet médical partagé (Chapitre III).

CHAPITRE I – LES DIFFÉRENTES INTÉGRATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUX GHT

Le législateur a fait le choix de faire plusieurs niveaux d'intégration au sein d'un GHT. Cela s'explique notamment par le fait que certains établissements ont des spécificités, et qu'il fallait malgré tout les intégrer d'une manière ou d'une autre, certes avec moins de force ou en leur offrant seulement une possibilité, mais en permettant aux usagers de pouvoir être mieux pris en charge dans un parcours de soins unifié en fonction des besoins territoriaux en santé. Ainsi, si des établissements sont parties au groupement (Section I), d'autres sont seulement associés ou en partenariat avec le GHT (Section II).

Section I – Les établissements parties

Le terme d'établissements parties s'adresse à tous les établissements publics de santé au sens de l'article L.6141-1 du Code de la Santé Publique. De ce fait, « *tous les établissements publics de santé sont concernés, quel que soit leur ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national* »[47]. Cependant, si cette obligation est légale (« *Chaque établissement public de santé […] est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* »[48]), la loi autorise, sous forme de dérogation, que des établissements publics de santé n'en fassent pas partie, pour des raisons « *tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale* »[49]. C'est le cas de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris[50] qui bénéficie d'une dispense[51], notamment grâce au fait qu'il soit déjà sur un modèle similaire aux GHT, comme le met en avant Benoît Apollis[52].

Le choix d'avoir obligé les établissements publics de santé à intégrer un GHT s'explique par différents arguments. Tout d'abord, une partie des usagers de l'hôpital public bénéficie de « *parcours d'initiés* »[53], c'est-à-dire que des patients profitent de conseils et du réseau inter-personnel des professionnels de santé leur permettant d'accéder aux soins les plus adaptés à leurs besoins. Avec les GHT, cela permet d'institutionnaliser cette pratique, afin d'englober le maximum d'usagers, afin de les soigner aux mieux par rapport à leur état de santé. Ensuite, afin de garantir cette égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, l'ensemble des établissements de santé doivent intégrer un GHT afin de ne pas « *laisser des trous dans la raquette* »[54]

L'obligation faite aux établissements publics de santé d'intégrer cette nouvelle forme de coopération obligatoire ne devient que facultative pour les établissements ou services médico-sociaux publics. De ce fait, les établissements entrant dans le champ de prise en charge des personnes âgées (les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les services de soins infirmiers à domicile) et ceux entrant dans le champ du handicap (les maisons d'accueil spécialisé, les foyers d'accueil médicalisés, les instituts médico-éducatifs, les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) peuvent adhérer à un GHT à la condition qu'il y ait une délibération du Conseil d'Administration de l'établissement.

Que ce soit obligatoire ou facultatif, l'établissement concerné ne peut être membre que d'un seul GHT. L'adhésion à un GHT emporte trois grandes conséquences : l'adhésion au projet médical partagé (dans son élaboration et dans sa mise en œuvre), l'adhésion aux engagements formalisés dans la convention constitutive, et « *la mise en œuvre des mutualisations prévues par la loi et mises en œuvre par*

[47] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.10.
[48] Article L6132-1 CSP.
[49] Article L6132-1 CSP.
[50] L'AP-HP emploi 100 000 agents, répartis sur 39 hôpitaux regroupés en 12 groupes hospitaliers.
[51] Article L6132-6 CSP.
[52] B. Apollis, L'assistance publique-hôpitaux de Paris, laboratoire des évolutions du Code de la Santé Publique, Revue de Droit Sanitaire et Social, 2016, p.1017.
[53] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire*, mai 2015, p.15.
[54] *Id.*

l'établissement support pour le compte de tous les établissements au groupement »[55]. De plus, il s'agit par cette obligation de « *conforte*r » et « *dupliquer* »[56] les coopérations existantes (GCS, CHT, etc.) afin de ne pas laisser les établissements évoluant seuls de continuer ainsi.

Section II – Les établissements associés ou partenaires

La loi de modernisation de notre système de santé[57] introduit aux côtés des établissements parties les notions d'établissements associés (§ 1) et d'établissements partenaires[58] (§ 2). Cette gradation s'explique par le souhait de ne pas exclure certains établissements, et de les faire participer au GHT notamment en fonction des besoins sur le territoire du groupement.

§1 – Les établissements associés

Ces établissements sont au nombre de quatre : les CHU (A), les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie (B), les hôpitaux des armées (C) ainsi que les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (D).

A – Les Centres Hospitaliers Universitaires

Les GHT doivent s'associer à un CHU au titre des activités hospitalières et universitaires (développé plus en aval dans ce mémoire)[59].

B – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie

L'association au GHT touche également les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie. Ainsi, un de ces établissements peut être associé à l'élaboration du projet médical partagé d'un groupement auquel il n'est pas partie dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire. Cette association peut se faire après avoir reçu l'accord du directeur général de l'ARS. Par conséquent, un établissement autorisé en psychiatrie peut donc être à la fois membre d'un GHT, et associé d'un ou plusieurs autres GHT, et ce pour pouvoir participer à l'élaboration du projet médical partagé. « *Cette hypothèse pourrait notamment se présenter lorsque le découpage sectoriel de la psychiatrie dans un territoire ne correspond pas au périmètre des GHT constitués* »[60].

C – Les hôpitaux des armées

Les hôpitaux des armées[61] peuvent également être associés à l'élaboration du projet médical partagé du groupement, à condition d'avoir l'autorisation du Ministre de la Défense ainsi que l'accord du directeur général de l'ARS territorialement compétent.

D – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile[62] (HAD) sont nécessairement associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT qui sont situés sur leur aire géographique d'autorisation. Cependant, il ne faut pas qu'ils en soient parties ou partenaires. Le Vade-mecum du Ministère de la Santé précise que « *L'hypothèse pourra se présenter d'une association du GHT avec plusieurs structures d'HAD, le périmètre d'un GHT pouvant chevaucher les zones d'intervention de plusieurs structures d'HAD. De même, une structure d'HAD pourrait être associée à plusieurs GHT si la*

[55] *Id.*
[56] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire*, Rapport intermédiaire, mai 2015, p.15.
[57] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
[58] Article L6132-3 CSP.
[59] P.39 du présent mémoire.
[60] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, GHT Mode d'emploi, Vade-mecum,26 mai 2016, p.12.
[61] Il existe huit hôpitaux d'instruction des armées : Brest, Bordeaux, Clamart, Lyon, Marseille, Metz, Saint-Mandé, Toulon.
[62] Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les HAD sont considérés comme étant des établissements de santé.

zone sur laquelle elle intervient relève de plusieurs GHT. Quelle que soit la configuration du terrain, l'enjeu reste la prise en compte de cette modalité de prise en charge par le projet médical partagé du GHT, sur l'ensemble de son périmètre géographique »[63].

§2 – Les établissements de santé privés en partenaire du GHT

Si faire partie d'un GHT n'est réservé qu'aux établissements de santé publics, le privé n'a pas été délaissé, même s'il n'est pas intégré au même titre que les autres. En effet, ces établissements peuvent être partenaires d'un GHT (quel que soit leur statut juridique ou leur caractère lucratif ou non). Le partenariat se concrétise sous la forme d'une convention prévoyant l'articulation du projet médical de l'établissement privé et de celui du GHT. Par cette fenêtre ouverte, le privé va pouvoir participer à la coopération, mais en entrant par la petite porte. De plus, il est à noter qu'à la vue de l'opposition entre l'hôpital public et l'hôpital privé, tacite mais malgré tout bien présente de chaque côté, le privé ne se bat pas avec les mêmes armes pour ce qui est de l'implication dans la coopération.

[63] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.13.

CHAPITRE 2 – LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La convention constitutive constitue l'acte d'engament des établissements publics de santé à cette nouvelle coopération hospitalière. Travaillée par les établissements parties au GHT, son contenu répond à un minimum de formalismes légalement définis (Section I). Son élaboration répond à une série d'étapes clairement identifiées (Section II).

Section I – Le contenu de la convention constitutive

La loi donne ce que la convention constitutive du GHT doit comporter (§ 1), et le Ministère est venu apporter des précisions en émettant des recommandations, afin de bien entreprendre la rédaction de ce contrat d'engagement (§ 2).

§1 – Les dispositions légales

L'article L6132-2-II du Code de la Santé Publique nous indique quel doit être le contenu de la convention constitutive. Ainsi, il doit y avoir « *un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties* » au GHT, « *les délégations éventuelles d'activités* » (administratives, logistiques, techniques et médico-techniques), « *les transferts éventuels d'activité de soins ou d'équipements de matériels lourds entre les membres du groupement* », « *l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques , résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements* », ainsi que « *les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement* ». Ce dernier point est important car il va désigner l'établissement support du GHT, arrêter la composition du comité stratégique, définir les modalités d'articulation entre les CME des établissements pour l'élaboration du projet médical partagé (ou la mise en place d'instances communes), et définir le rôle du comité territorial des élus locaux (il est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement afin de garantir l'égalité à des soins sécurisés et de qualité).

Ainsi, la convention peut donc se diviser en deux grands volets : celui relatif au projet médical partagé, et celui relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement

Ces dispositions, obligatoires, ne sont ni limitatives, ni exhaustives. De fait, les établissements pourront, s'ils le désirent, s'obliger dans davantage d'engagements. De plus, un règlement intérieur doit être établi, détaillant certains engagements contractuels actés dans la convention constitutive.

§2 – Les recommandations du ministère de la Santé dans la rédaction de la convention constitutive

La convention constitutive est conclue entre les membres du groupement pour une durée de 10 ans (le projet médical qui l'accompagne est lui élaboré pour une durée de 5 ans, permettant davantage de souplesse et une adaptation aux futures évolutions). De fait, même si une décennie est une période relativement courte dans la vie d'un établissement, il faut malgré tout anticiper certains points afin de ne pas se retrouver contraint par la convention. De ce fait, le Ministère de la Santé a donné plusieurs recommandations[64] quant à son élaboration.

La modification de la convention constitutive est possible après son entrée en vigueur, et peut se faire par avenant (« *dans le respect du principe de parallélisme des formes, qui imposera de suivre les mêmes règles de procédure que celles suivies pour son élaboration dans sa forme initiale* »[65]). Ces avenants pourront porter sur le projet médical partagé, mais aussi sur les modalités de gouvernance. Afin de mieux encadrer cette pratique, le Ministère de la Santé indique qu'il est possible de prévoir lors de

[64] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, GHT Mode d'emploi, Vade-mecum,26 mai 2016.
[65] *Op.cit.*, p.24.

l'élaboration de la convention initiale un « calendrier d'évaluation de la mise en œuvre du GHT[66]», permettant ainsi de se fixer des moments de réflexion lors des 10 années pour pouvoir, éventuellement, apporter des modifications à la convention.

De plus, les modifications pouvant affecter le périmètre du GHT (autrement dit l'étendue du territoire du GHT), le Ministère de la Santé recommande d'inscrire dans la convention constitutive des clauses spécifiques, permettant à l'avenir de pouvoir intégrer d'autres établissements au sein du groupement.

Une dernière recommandation du Ministère porte sur la rédaction en elle-même de la convention. En effet, il conseille aux établissements de « *limiter la rédaction de la convention constitutive aux exigences légales et réglementaires, et de mesurer, au cas par cas, l'opportunité d'aller au-delà* »[67]. De ce fait, les établissements sont incités à ne pas trop se contraindre ni se restreindre en se dotant de trop d'engagements. Ainsi, ils seront plus à même de réussir les missions obligatoires, et pourront, par la suite, être davantage libres d'adopter par avenant des mesures supplémentaires. De surcroit, le Ministère incite à renvoyer les détails des engagements contractuels de la convention constitutive vers le règlement intérieur, ce dernier étant beaucoup souple dans sa procédure de modification que celle de la convention.

Section II – L'élaboration de la convention constitutive

L'élaboration de la convention revient aux différents acteurs des établissements publics de santé (§ 1). Le directeur de l'ARS a un rôle conséquent, puisqu'il en chapeaute le contenu et la forme (§ 2), et qu'il peut prendre à l'encontre des établissements qui sont « mauvais élèves » des sanctions financières (§ 3).

§1 – L'initiative de l'élaboration aux acteurs des établissements publics de santé

L'élaboration de la convention constitutive du GHT fait participer une multitude d'acteurs. Tout d'abord, il faut préciser que cette élaboration est collective. Il ne s'agit pas de laisser un seul établissement décider pour les autres, quand bien même celui-ci est désigné pour être un établissement support[68]. Ces dispositions sont inscrites dans le Code de la Santé Publique aux articles R6132-1 et suivants[69].

Dans chaque établissement public de santé, les directeurs d'hôpital, les présidents des Commissions Médicales d'Etablissements (CME), et les présidents des Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) préparent la convention. Ensuite, les directoires se concertent, avant que celle-ci ne soit soumise aux avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des CME et des CSIRMT. Après cela, le Conseil de Surveillance (CS) donne également son avis. Pour ce qui est des établissements médico-sociaux, la convention est donnée aux CTE pour avis, puis les Conseils d'administration délibèrent.

A la suite de cette chaîne permettant à l'ensemble des représentants des différents corps de métiers de rédiger, contrôler, et délibérer sur la convention constitutive, les différents directeurs des établissements membres du groupement vont signer ladite convention. Elle sera ensuite transmise au directeur de l'ARS.

§2 – Le rôle déterminant du directeur de l'ARS

Le directeur de l'ARS va contrôler la convention constitutive sous plusieurs angles. Ainsi, l'approbation du « préfet sanitaire » est essentielle pour que la convention constitutive soit valable.

---

[66] *Id.*

[67] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.24.

[68] En pratique, certains CHU, établissements supports, forts de leur position sur le territoire de santé, ont été les rédacteurs de la convention constitutive, les autres établissements n'étant là que pour apporter des précisions ou faire revendiquer leurs opinions.

[69]Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Tout d'abord, il va contrôler que la convention soit bien légalement constituée, en fonction notamment des règles d'élaboration. De plus, il va regarder si elle est en adéquation avec le schéma régional de santé. Il dispose de deux mois à compter de la réception pour approuver ou non la convention. Au-delà de ce délai, elle sera considérée comme approuvée. La décision d'approbation ou l'attestation d'approbation tacite doit être publiée par le directeur de l'ARS[70]. Si la convention se révélait être non conforme, le directeur de l'ARS peut enjoindre les établissements à se mettre en conformité[71].

Les établissements avaient jusqu'au 1erjuillet 2016 pour élaborer la convention de groupement. En l'absence de transmission à cette date, le directeur de l'ARS devait arrêter la composition du GHT. Sous quinzaine, les établissements devaient être notifiés de cette composition, et les CS des établissements devaient procéder à la désignation de l'établissement support[72]. S'ils font défaut, le directeur de l'ARS choisissait également l'établissement support (après avoir reçu l'avis du Comité territorial des élus).Sous les deux mois après la notification de la composition aux établissements concernés, les directeurs de ces structures devaient transmettre la convention constitutive de groupement, au directeur de l'ARS. Si cela faisait également défaut, alors ce dernier arrêtait la convention, ainsi que les compétences obligatoirement dévolues à l'établissement support[73].

Le directeur de l'ARS a la possibilité de prendre des sanctions financières à l'encontre des établissements ne respectant pas les délais légaux.

§3 – La non appartenance à un GHT sanctionné financièrement

Afin de contraindre les établissements publics de santé à s'intégrer dans un GHT, et également pour ne pas faire prendre de retard sur cette organisation complexe à mettre en œuvre, des sanctions financières ont été prévues. Elles sont données par le directeur de l'ARS. Ainsi, si un établissement n'est pas membre d'un GHT au 1er juillet 2016, il pourra y avoir une suspension des dotations de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)[74]. Les établissements qui bénéficient de dérogations tenant à la spécificité dans l'offre de soins territoriale ne sont bien évidement pas inquiétés par cette mesure.

Cette sanction pourra également être appliquée si, au 1er janvier 2018, les activités et fonctions visées par l'article L6132-3 du Code de la Santé Publique[75] ne sont pas mises en œuvre.

Ces sanctions sont dissuasives. Depuis la mise en œuvre de la Tarification A l'Activité (T2A), et face à la réduction annuelle des budgets alloués aux établissements de santé, les établissements de santé peinent à maintenir la tête hors de l'eau, quand ils n'y sont pas déjà. Ces MIGAC sont donc précieux à la vie de l'établissement. Certains collectifs[76] se sont insurgés de telles dispositions, estimant que sans les MIGAC, les établissements ne pourront plus fonctionner.

[70] Article R6132-7 CSP.
[71] Le délai de mise en conformité, choisit par le directeur de l'ARS, ne pouvait être inférieur à un mois.
[72] Désignation approuvée par au moins deux tiers des CS.
[73] Ces dispositions sont rappelées dans : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.39.
[74] Article L162-22-13 du Code de la Sécurité Sociale.
[75] La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ; la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ; la fonction achat ; la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et les plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels parties au groupement.
[76] Comme le collectif « Notre santé en danger » lors d'une manifestation contre les GHT le 31 mai 2016 devant le Ministère de la Santé.

CHAPITRE 3 – LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ

Ce projet médical partagé constitue le cœur du GHT, en permettant de faire la liaison entre tous les établissements, qui s'adapteront en fonction des choix retenus plus ou moins collectivement pour une meilleure prise en charge des patients. Ainsi, ce projet médical partagé a pu être qualifié de « pierre angulaire » du groupement (Section I). Afin de le parfaire au mieux, plusieurs nécessités dans son approche et dans son suivi doivent être respectées (Section II).

Section I – La pierre angulaire des groupements hospitaliers de territoire

Jaqueline Hubert et Frédéric Martineau, dans leurs travaux, qualifient le projet médical partagé (PMP) de « *pierre angulaire du dispositif* »[77] et de « *véritable ciment du GHT* »[78]. En effet, le PMP a été conçu pour être la traduction de la stratégie du groupement pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire national. Traduisant la stratégie du GHT (§ 1), une approche par filière est celle qui doit être retenue pour un meilleur résultat (§ 2).

§1 – Le contenu du projet médical partagé traduisant la stratégie du GHT

Le Code de la Santé Publique détaille ce que le projet médical partagé doit contenir[79]. Bien entendu, il ne donne que les choses obligatoires, libres aux membres du groupement d'élargir leurs engagements. Ainsi, le PMP doit comprendre les objectifs médicaux, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, les principes d'organisation des activités, les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale et de pharmacie, les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU aux missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, aux missions de recherche, de gestion de la démographie médicale et celles de référence et de recours, les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes, et les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Le contenu est donc vaste, englobant tous les domaines concernant les activités des établissements publics de santé.

De surcroit, un projet de soins partagé doit également être élaboré[80], « en articulation avec le projet médical partagé ». Ainsi, une stratégie globale de prise en charge du patient vient compléter le PMP. Il s'agit d'une déclinaison paramédicale des orientations stratégiques du PMP.

§2 – L'approche par filière

Le rapport de fin de mission sur les GHT[81] estime que le PMP doit « *être le reflet d'une approche par filière plutôt que par activité* », dès lors que celui-ci est la réponse à la gradation des soins hospitaliers.

De ce fait, une filière peut être définie par trois critères. Ainsi, à chaque filière correspond un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.) (premier critère) pour des indications de prise en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité) (deuxième critère) pouvant porter sur un profil de patients homogènes (troisième critère). Ainsi, chaque GHT doit définir ses propres filières, un référentiel national de filières étant difficile à définir. Par ce biais, l'ensemble des activités des établissements doit être intégré.

---

[77] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015, 51 pages*, p.16.
[78] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.10.
[79] Article R6132-3 CSP.
[80] Article R6132-5 CSP.
[81] Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, février 2016

Les rapporteurs rajoutent que l'indentification des filières permet par la suite au PMP de définir la « feuille de route » de chaque site du groupement. Il faut donc décrire pour chacune des filières la responsabilité incombant à chaque site pour chaque niveau de prise en charge (les consultations et actes externes, les urgences et soins non programmés, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée et prises en charge médico-sociales).

Section II – Des nécessités dans l'approche et dans le suivi du PMP

L'approche globale est nécessaire (§ 1), ainsi qu'une actualisation, une révision et une évaluation du projet médical partagé (§ 2).

§1 – La nécessité d'une approche globale

Le rapport donne ces conseils sur l'approche à adopter lors de l'élaboration du PMP : « La définition des responsabilités incombant à chaque site, dans une approche filière, suppose que le projet médical partagé soit élaboré à partir d'une analyse du groupe et non de la somme des analyses de chaque établissement. Il ne s'agit pas en effet de sommer les projets de chaque établissement. Il ne s'agit pas non plus de produire un diagnostic territorial sur le positionnement de chaque établissement dans le territoire pour adapter à la marge son activité. Il s'agit plutôt de regarder quelle est l'offre qu'assume le groupe sur le territoire, par rapport aux autres acteurs, et de requalifier ensuite la responsabilité de chaque site afin de rendre plus cohérente cette offre de groupe voire développer des parts de marché ».

§2 – La nécessité de l'actualisation, de la révision et de l'évaluation

Le projet médical partagé, conclu pour une durée de 5 ans, devra être révisé à cette échéance. Cependant, n'étant pas figé dans son contenu, il peut subir des modifications sous forme d'actualisation. En effet, outre des ajustements liés à d'éventuelles erreurs dans la convention initiale, dûes à une mauvaise estimation ou dûes à des regains d'activité dans tels ou tels domaines, ces actualisations permettront de pouvoir prendre en compte les projets territoriaux de santé mentale et de communautés psychiatriques de territoire qui pourront émerger sur le territoire du GHT[82].

Afin de constater les points positifs mais surtout les éventuelles carences, le PMP fait l'objet d'une évaluation. Celle-ci repose sur le président du collège médical (ou de la commission médicale de groupement) qui coordonne la stratégie médicale et assure également le suivi de sa mise en œuvre, mais aussi sur « le Comité territorial des élus locaux qui vont évaluer et contrôler 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 »[83].

[82] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.7.
[83] *Id*.

TITRE II

LE PILOTAGE DU GHT

Une coopération hospitalière ne se fait pas nécessairement avec la création d'instances spécifiques. Cette collaboration se fait alors uniquement entre les différents directeurs et les différentes instances propres à chaque établissement de santé. Cependant, à la vue de la taille et de l'importance de la nouvelle coopération, il a fallu mettre en place des instances pour piloter le GHT. L'une de ces instances, et non des moindres, est l'établissement support, enjeu hautement stratégique (Chapitre I). Les CHU y tiennent d'ailleurs un rôle majeur (Chapitre II). Afin d'administrer et de faire fonctionner durablement le groupement, d'autres instances ont été instaurées (Chapitre III).

CHAPITRE I – L'ENJEU STRATÉGIQUE DE LA DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT

L'établissement support va devoir supporter de nombreux bouleversements dans le fonctionnement de l'activité hospitalière, en plus d'être l'établissement représentant le GHT. La volonté d'avoir créé cette notion d'établissement support est argumenté par les concepteurs des GHT (Section I). La désignation de l'établissement support est important (Section II), car celui-ci va avoir un rôle majeur dans l'activité du groupement (Section III).

Section I – Le choix originel de création de l'établissement support

Le rapport intermédiaire sur les GHT[84] donne la justification de ne pas avoir doté le GHT de la personnalité morale.

Tout d'abord, ce rapport développe l'idée selon laquelle les coopérations entre les établissements publics de santé les plus intégrées ne donnent pas lieu à la création de personnalité morale. Il argumente en donnant les exemples des directions communes et des fédérations médicales inter-hospitalières, celles-ci permettant la mise en place de pôles et d'équipes de territoire, et ce uniquement par une convention.

Continuant sur les fusions, le rapport relève que si les coopérations donnent lieu « *à la création d'une nouvelle personne morale en sus de celle des établissements membres* »[85], comme pour les GCS, elles sont « *largement dénoncées par les acteurs du fait de la dilution des responsabilités et de la lourdeur administrative induite* »[86], notamment à cause de la duplication des instances et des budgets.

De ce fait, la preuve est faite que bâtir des coopérations très intégrées peut se faire sans doter celles-ci de la personnalité morale. C'est même « *probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que ne pas créer de nouvelle entité* »[87]. Outre la garantie d'une légèreté et simplicité dans le fonctionnement de la coopération, la non dotation de personnalité morale permet des modalités de prises de décisions claires et efficaces.

De plus, dans le climat actuel de rigueur budgétaire et de baisse des dotations de l'assurance maladie, et compte-tenu des 900 établissements publics de santé (constituant chacun une personne morale), « *il paraît difficilement défendable d'ajouter des entités supplémentaires* »[88].

Avec cette justification, les auteurs du rapport ont légitimé le choix de ne pas doter le GHT de la personnalité morale. Ainsi, le GHT devra s'appuyer sur l'une de ses personnes morales existantes, c'est-à-dire l'établissement support. C'est pour cela qu'il y avait nécessité 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* »[89].

Section II – La désignation de l'établissement support

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que la convention constitutive doit désigner « *l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées* »[90]. Cette désignation suit une procédure définie également dans la loi. Ainsi, la désignation de l'établissement support doit être

[84] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire*, Rapport intermédiaire, mai 2015, p.25.
[85] *Id.*
[86] *Id.*
[87] *Id.*
[88] *Id.*
[89] *Ibid.*, p.25-26.
[90] Article L6132-2-II-5-a CSP.

approuvée par les deux tiers des Conseils de surveillance des établissements membres du groupement. Si les deux tiers ne sont pas atteints, le Directeur de l'ARS procède à sa désignation, mais seulement après avoir recueilli l'avis du Comité territorial des élus locaux (composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux Conseils de surveillance des établissements parties au groupement).

Section III – Le rôle majeur de l'établissement support dans l'activité du groupement

L'établissement support se voit attribuer des fonctions supplémentaires, du fait de son statut. Ces fonctions, au cœur de la logique des GHT, sont catégorisées légalement en quatre catégories : les fonctions obligatoires (§ 1), les fonctions facultatives (§ 2), les fonctions communes (§ 3), et les fonctions de coordination (§ 4).

§1 – Les fonctions obligatoires à assurer pour l'établissement support

L'établissement support a l'obligation légale d'assurer quatre fonctions pour le compte des établissements parties au groupement[91].

La première de ces fonctions est 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 cordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. La deuxième et la troisième concernent respectivement la gestion d'un département de l'information médicale de territoire et la fonction achat. La dernière fonction est « *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 parties au groupement* ».

Ces fonctions sont très importantes car sont au cœur de l'enjeu des GHT. Véritable mutualisation, les établissements vont perdre de leurs prérogatives, au bénéfice d'un établissement support qui va accroitre son champ d'action et d'application. Elles font l'objet d'une attention plus particulière dans la seconde partie du présent mémoire[92].

§2 – Les fonctions facultatives

Selon les dispositions de l'article L1632-3-II du Code de la Santé Publique, « *l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques* ».

§3 – Les fonctions organisées en commun par les établissements

Il ne s'agit pas dans cette catégorie de fonctions du ressort du seul établissement support, mais bien de l'ensemble des établissements du territoire du groupement. Ces fonctions organisées en commun sont les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, la mise en place de pôles inter-établissements (il faut que ceux-ci soient élaborés dans la convention constitutive) et les activités de biologie médicale et de pharmacie.

§4 – Les fonctions exclusives des CHU

Les CHU bénéficient de missions supplémentaires par rapport à un autre établissement, qu'ils soient supports ou non. En effet, l'article L6132-3-IV donne à ces établissements[93] la mission de coordonner les missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux, les missions de

[91] Article L6132-3-I CSP.

[92] P.53 du présent mémoire.

[93] Article L6141-2 al 2 CSP : « *Les centres hospitaliers régionaux ayant* [passé] *une convention au titre du chapitre II du présent titre avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires* ».

recherche, les missions de gestion de la démographie médicale, et les missions de référence et de recours. Cette coordination doit se faire au bénéfice des établissements parties au GHT qui sont associés au CHU.

Les CHU semblent donc être mis en avant dans leurs attributions. Mais cela va plus loin, notamment au regard de la place d'établissement support qu'ils occupent systématiquement dans les GHT qui en comporte un.

Le choix de l'établissement support, quand il n'est pas évident (CHU ou établissement de taille conséquente par rapport aux autres), est hautement stratégique, car il va conditionner la vie du groupement. De plus, son importance revêt un caractère particulier, comme le souligne Jacques Hardy. En effet, selon lui, il y a une volonté de faire des hôpitaux publics des services déconcentrés. Ainsi, l'établissement support devient un service déconcentré de l'ARS, et les établissements parties deviennent des services déconcentrés de l'établissement support[94].

[94] J. Hardy, *Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme administrative*, Actualité Juridique Droit Administratif, 2017, p.919.

CHAPITRE II – LA PLACE PRÉPONDÉRANTE DES CHU

Les CHU jouissent d'une place particulière sur les territoires sur lesquels ils sont implantés depuis plus de quarante ans. Incontournables, les GHT leurs ont taillé une place de choix. En effet, leur place à la tête du GHT par leur désignation d'établissement support est inévitable (Section I). D'ailleurs, cette attractivité est tellement forte que tous les GHT ne comprenant pas un CHU doivent s'associer au CHU près de leur groupement (Section II).

Section I – L'inévitable mise en place du CHU à la fonction d'établissement support

Dans les faits, les établissements supports sont naturellement les Centre Hospitaliers Universitaires et les Centre Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU). Sur les 135 GHT qui ont été constitués au 1er juillet 2016, aucun CHU ni aucun CHRU ne sont exclus de la fonction support de leur territoire (mise à part une exception, celle de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui ne fait même pas partie d'un GHT). En effet, ces établissements jouissent d'une forte dynamique, tant sur le point de vue médical (excellence de ces Centres, recherche de pointe, technologies avancées, etc.) que d'un point de vue financier[95]. De plus, ils ont l'avantage d'avoir de grosses structures administratives. Pour les autres territoires ne disposant pas d'un CHU ou d'un CHRU, ce sont généralement les plus grosses structures qui prennent le rôle d'établissement support. Il est à préciser que dans la grande majorité des cas, ce sont des Centres Hospitaliers qui tiennent cette fonction. Quelques Centres Hospitaliers Intercommunaux, Groupes Hospitaliers, et Centres Hospitaliers Spécialisés (pour les GHT psychiatriques) les exercent également.

Section II – L'association au CHU de tous les GHT

Comme dit précédemment, tous les GHT doivent s'associer à un CHU[96]. De ce fait, tous ces établissements se trouvent dans deux situations, qui est à la fois d'être membre d'un GHT, (et d'être l'établissement support du GHT auquel il appartient), et d'être associé à plusieurs autres GHT auquel il ne fait pas partie de la liste des membres. De ce fait, il devra assurer pour le bénéfice des établissements associés la coordination des activités hospitalières et universitaires[97]. Cette association doit permettre aux GHT n'ayant pas de CHU parmi leurs établissements partis, de pouvoir bénéficier de l'expertise de ces structures hautement spécialisées, et « *de construire une stratégie d'alliance réciproque* »[98].

L'association du CHU au GHT se fait à plusieurs niveaux. Tout d'abord dans le projet médical partagé, car il comprend toutes les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU pour les activités fixées à l'article L6132-3-IV du Code de la Santé Publique. Ensuite, cela passe par la convention d'association. Celle-ci, passée entre le CHU et l'établissement support du GHT, inclut les conditions de mise en œuvre de l'association (tout comme le PMP) ainsi que son suivi, et intègre l'évaluation des parcours patients, et les modalités de gouvernance partagée dans les domaines des projets médicaux communs. Et enfin, l'association se traduit par le projet médical du CHU.

Le Vade-mecum sur les GHT, édité par le Ministère des affaires sociales et de la santé en date du 26 mai 2016, précise la loi et donne des recommandations pour chacune des 4 missions sujette à l'association à un CHU, à savoir l'enrichissement de la formation des futurs professionnels de santé

[95] Pour exemple, le CHRU de Lille a un budget annuel de 1,300 milliard d'euros (chiffre de 2017)

[96] Article L6132-3-IV CSP : « 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 ».

[97] Article L6132-3-IV CSP.

[98] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.17.

(§1), le développement de la recherche et l'innovation en santé (§ 2), l'optimisation de la gestion de la démographie médicale (§3), et l'organisation de la graduation des soins notamment de référence et de recours (§ 4).

§1 – L'enrichissement de la formation des futurs professionnels de santé

Les CHU sont les lieux de stage privilégiés pour les futurs professionnels médicaux en formation initiale à l'université. Cette dernière, responsable de l'agrément des terrains de stage, doit veiller à ce que les exigences au niveau de la pédagogie soient remplies. Avec les GHT, elle doit davantage veiller à ce que le territoire du GHT soit convenablement couvert en futurs professionnels. L'association est donc bénéfique, supposément, pour la répartition des étudiants. Le bénéfice est double, à la fois pour les établissements du territoire qui auront davantage d'étudiants à former (et par conséquent aussi de la main d'œuvre), et pour les étudiants en santé qui vont pouvoir enrichir leur cursus.

§2 – Le développement de la recherche et l'innovation en santé

Les CHU, de par les activités qu'ils mènent en leur sein, détiennent des compétences que les autres établissements de santé n'ont pas. Parmi le panel de compétences, on peut citer la bio-statistique, la méthodologie en recherche, la bio-informatique, l'économie de la santé, etc. En plus de structures dépendantes de lui, d'autres, comme les Délégations de Recherche Clinique et de l'Innovation, les Centres d'Investigation Clinique, ou encore les Centres de Recherche Clinique sont liés à lui, et d'autres de ses compétences sont partagées avec des institutions tels l'Institut nationale de la santé et de la recherche médicale ou le Centre national de la recherche scientifique.

Deux cas de figure peuvent s'opérer. Si l'un des établissements du GHT dispose d'un centre de recherche clinique, l'association avec le CHU servira principalement d'un point de vue méthodologique (« mise à disposition de temps de météorologiste, écriture et mise en place de protocole »[99]). Ainsi, le CHU dispensera son savoir, et surtout la manière dont les recherches doivent être effectuées. En revanche, si les établissements du GHT ne disposent pas de structures dédiées à la recherche, alors le rôle du CHU aura vocation a être plus large, et pourra porter sur la proposition d'actions de recherches médicales hospitalières, le support méthodologique, l'aide au relevé des données des essais cliniques, et la promotion de la recherche sur le territoire, en associant la médecine ambulatoire et les maisons médicales, permettant de conduire des travaux d'évaluation du parcours patient.

De plus, du fait de leur capacité budgétaire, les CHU peuvent réaliser des investissements en matière d'équipements innovants, qui peuvent être partagés avec les membres des GHT associés.

§3 – L'optimisation de la gestion de la démographie médicale

Comme l'indique le vade-mecum du Ministère des affaires sociales et de la santé[100], l'association au CHU poursuit deux objectifs, à savoir la mise en adéquation « *des besoins médicaux : états des lieux des postes existants dans les établissements de la subdivision, adaptation qualitative et quantitative de ces postes selon les projets médicaux, incluant la continuité des soins et de la formation* », et la mise en adéquation « *des ressources médicales, représentées en premier lieu pour le CHU par les filières de troisième cycle* ». De plus, elle vise « *à faciliter la mise en place de postes partagés et/ou le recrutement de praticiens* », et « *à permettre une approche personnalisée pour chaque praticien en fonction des spécialités concernées et des établissements, et s'appuyant sur des profils de postes* »[101]. Le vade-mecum insiste également sur le fait que « *des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales, territoriale, partagée, peuvent être mis en place* »[102].

[99] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.18.
[100] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.18.
[101] *Id.*
[102] *Id.*

§4 – L'organisation de la gradation des soins notamment de référence et de recours

Quand on parle de référence, il faut entendre « une compétence, une expertise dont la visibilité, la notoriété et la nécessité dépassent largement le cadre local, voire régional »[103]. Ainsi, le parcours de soins est à l'échelle interrégionale ou nationale. Cela vaut pour certaines maladies rares, ou certains types de cancers très particuliers. Ce parcours est assumé par les CHU, mais avec les coopérations, des établissements plus modestes peuvent constituer une des étapes du parcours.

En ce qui concerne le recours, voilà comment le Ministère des affaires sociales et de la Santé voit les choses : « *le recours devrait être équitablement réparti sur le territoire national et constituer le cœur de métier d'un CHU ou d'un CH d'importance, dans le cadre d'une offre de soins graduée, déclinée par disciplines médicales dans la convention d'association. Quand il n'est pas assumé au sein de leur GHT, les établissements du GHT pourront donc organiser prioritairement ce recours avec le CHU auquel ils sont associés, dans le cadre d'une stratégie d'alliance réciproque et dans un esprit de partenariat permettant à chaque établissement d'en bénéficier* »[104].

[103] *Ibid*., p.19.
[104] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.19.

CHAPITRE III – UNE PLURALITÉ D'INSTANCES

Le choix de mettre en place des instances a fait l'objet d'un profond questionnement, et de nombreuses discussions auprès des professionnels de santé afin de créer un modèle de gouvernance qui satisfasse au mieux tous les acteurs du GHT, et n'omettant pas l'objet du groupement (Section I). Un compromis a été trouvé en instaurant des instances calquées sur le mode de fonctionnement du système hospitalier à l'échelle d'un établissement public de santé (Section II), ainsi qu'une autre spécifique au dialogue social (Section III).

Section I – La genèse des instances du GHT

La question s'est posée aux auteurs des rapports sur les GHT[105][106] sur l'opportunité de mettre en place des instances, et lesquelles. Comme ils le soulignent dans le rapport intermédiaire[107] , « *le texte initial du projet de loi ne comportait aucune disposition relative à la gouvernance des GHT* ». Toute la subtilité de mettre des instances a été d'assurer une juste représentation des différents acteurs des établissements, tout en ne dénaturant pas les équilibres existants au sein des établissements de santé. Il fallait, selon eux et selon les différents acteurs interrogés dans le cadre de leur mission, « *laisser la souplesse nécessaire aux acteurs pour pouvoir décider d'eux-mêmes de la gouvernance la plus adaptée dans chacun des GHT* [108]». Ainsi, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau ont estimé que le GHT devait rester un instrument souple, afin que les acteurs des établissements puissent se l'approprier. Ce choix a également été guidé par la prudence de ne pas systématiser une duplication des instances.

Cependant, il fallait malgré tout un socle de gouvernance permettant de facto un respect des équilibres de gouvernance des établissements de santé et l'opérationnalité des groupements hospitaliers de territoire. Les GHT étant de nature conventionnelle, l'idée était de laisser les membres des GHT organiser des instances communes s'ils le souhaitent, en plus d'une base commune à tous. La gouvernance repose dès lors sur un triptyque : l'établissement support (développé précédemment[109]), le Comité stratégique (§ 1) et le Comité territorial des élus (§ 2).

§1 – Le Comité stratégique

Le Comité stratégique, « directoire de groupement »[110], est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, sur le projet médical partagé[111], et sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. Responsable de l'élaboration du règlement intérieur du groupement, il reçoit des avis émis par les différentes instances du groupement (développées après[112]), et en émet sur les états prévisionnels des recettes et dépenses de tous les établissements parties au groupement.

Le décret du 27 avril 2016[113] apporte des précisions. Ainsi, le Code de la Santé Publique dispose que le Comité stratégique du GHT est présidé par le directeur de l'établissement support[114], et qu'il est composé des directeurs d'établissement, les présidents des Commissions médicales d'établissement, ainsi que les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au GHT[115]. A côté de ses acteurs, d'autres personnes, produits du GHT, sont

[105] J. Hubert, F. Martineau, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015, 51 pages.
[106] *Id.*
[107] *Ibid*., p.27.
[108] *Id.*
[109] P.34 du présent mémoire.
[110] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire*, mai 2015, p.27.
[111] Article L6132-2-II-5-b CSP.
[112]P.44 du présent mémoire.
[113] Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
[114] Article R6132-10 CSP.
[115] Article L6132-2-II-5-b CSP.

membres de droit. Il s'agit du président du Collège médical (ou de la Commission médicale) du groupement, du médecin responsable du département d'information médicale (DIM), ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. De fait, ce Comité réunit toutes les sensibilités du groupement, et permet une prise de décision consentie par toutes les grandes catégories d'acteurs des établissements de santé, ou du moins un dialogue entre tous. Il est une instance de concertation, où les membres conseillent et orientent le directeur de l'établissement support. Le Comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint, vers lequel il organise une délégation de compétences. De ce fait, « *si les établissements parties au groupement optent pour la constitution d'un bureau, il faut de toute évidence veiller, dans la composition de ce bureau, à une juste répartition des établissements parties au groupement à apprécier au regard des rapports de force et des enjeux et de la qualité des représentants qui y siègent. Elle doit veiller à une juste représentation des personnels médico-soignants* »[116]. La composition du bureau doit absolument apparaitre dans la convention constitutive afin d'être valable.

§2 – Le Comité territorial des élus

Le Comité territorial des élus, comme son nom l'indique, est une instance représentée par des élus du territoire physique du GHT. Ainsi, « *les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentant des collectivités territoriales aux conseil d'administration des établissements ou servies médico sociaux parties* »[117] en sont membres. D'autres personnes, ne faisant pas partie des élus, sont également membres de droits : « *le président du Comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement* »[118]. Son rôle est « *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* »[119]. D'autres missions peuvent lui être attribuées, et doivent figurer dans la convention constitutive du GHT.

Section II – Un modèle calqué sur le système hospitalier

Le dernier rapport sur les GHT nous indique les choix qui ont été retenus concernant la gouvernance : celle-ci sera « *inspirée de celle des hôpitaux* »[120]. De fait, un Collège médical, ou une Commission médicale a été instauré (§ 1), ainsi qu'une Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement (§ 2). La représentation des usagers, qui sont au cœur de l'activité médicale, n'a pas été délaissée puisqu'un Comité des usagers du groupement (ou une Commission des usagers du groupement) a été créé (§ 3).

§1 – Le Collège médical ou la Commission médicale du groupement

Le modèle de l'établissement public de santé se fait sentir sur le GHT par la volonté de mettre, « *aux côtés du directeur de l'établissement support* […] un leader médical chargé du pilotage médical du GHT»[121], et ce pour le pilotage stratégique du groupement. Avec cette instance, le binôme directeur d'établissement et président de la CME est reconstitué à l'échelle plus large du GHT.

[116] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, 26 mai 2016, p.27.
[117]Article L6132-2-II-5-d CSP.
[118] *Id.*
[119] Article R6132-13 CSP.
[120] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.13.
[121] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.13.

Le décret du 27 avril 2016[122] détaille ce qu'est le Collège médical ou la Commission médicale de groupement. Son fonctionnement et ses missions sont très similaires à ce que la Commission médicale d'établissement est au niveau de l'établissement de santé.

Le choix d'un Collège ou d'une Commission médicale se fait par une décision à la majorité des CME des établissements parties au GHT. Si le choix d'un Collège médical laisse libre cours à sa composition et aux compétences qui lui sont dévolues, et ce par l'intermédiaire de la convention constitutive qui les déterminent, celui de passer par une Commission médicale de groupement est plus formalisé. En effet, les membres sont les présidents des CME des établissements parties. S'ajoute à cela des représentants désignés également par les CME d'établissements parties, ainsi que des représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties. La convention constitutive doit déterminer, pour ces deux dernières catégories de représentants, leur nombre, ainsi que « *la répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les Commission médicales d'établissements parties au groupement* ». Le président de ces deux types d'instances est élu parmi les praticiens titulaires des établissements. Il en est de même pour le vice-président. La fonction est, tout comme dans les CME, incompatible avec la fonction de chef de pôle (à moins que des dispositions soient contraires dans le règlement intérieur, dès lors que l'effectif médical le justifie).

Cette instance de gouvernance dispose de compétences propres, avec comme rôle minimum de donner un avis sur le projet médical partagé et d'être informé de sa mise en œuvre. Le vade-mecum du Ministère des affaires sociales et de la santé rappelle que « *cette instance dispose aussi de compétences déléguées par les CME des établissements parties. Ces délégations, organisées par délibération, ont vocation à permettre d'assurer une meilleure articulation entre les instances des établissements parties et le GHT. Dans ce cas, les délégations de compétences doivent être prévues par la convention constitutive* »[123]. L'instance émet des avis qui sont transmis aux membres du Comité stratégique du groupement, et à chacune des CME composant le GHT.

Le rôle du président est prépondérant dans la vie de l'instance. En effet, il coordonne la stratégie médicale, et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. De plus, il détient un pouvoir de proposition concernant la nomination du médecin responsable du DIM de territoire et des chefs de pôle inter-établissements.

§2 – La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de groupement

Tout comme les présidents de CME des établissements parties sont membres de droit de la Commission médicale du groupement, les présidents des CSIRMT des établissements parties sont membres de droit de la CSIRMT du groupement. Des représentants des CSIRMT des établissements de santé et des représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement en font également de cette CSIRMT de groupement, dont le nombre est fixé par la convention constitutive[124]. La répartition des sièges au sein du CSIRMT du groupement, ainsi que les compétences qui lui sont déléguées par les CSIRMT des établissements parties, doit être déterminée dans la convention constitutive.

Le président de la CSIRMT du groupement est désigné par le directeur de l'établissement support du GHT[125]. Il est le coordonnateur général des soins.

Le CSIRMT, de même que l'instance médicale, émet des avis qui sont transmis aux membres du Comité stratégique. De plus, cette transmission se fait également aux CSIRMT des établissements

[122] Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
[123] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.28.
[124] Article R6132-12-I CSP.
[125] Article R6132-12-II CSP.

parties. Elle peut être plus large qu'à ces instances, mais cela doit faire l'objet d'une inscription dans la convention constitutive.

§3 – Le Comité des usagers ou la Commission des usagers du groupement

Le choix de créer un Comité des usagers ou une Commission des usagers du groupement est fait par la majorité des avis des Commissions des usagers (CDU) des établissements membres du groupement[126]. La composition de cette instance, mais également les compétences qui lui sont attribuées, sont fixées par la convention constitutive (notamment, en cas de création d'une CDU du groupement, le nombre de représentants des CDU des établissements parties au GHT, ainsi que les compétences qui lui sont déléguées par ces mêmes CDU). Cette instance est présidée par le directeur de l'établissement support du groupement.

Les missions d'une CDU sont vastes, comme le souligne le Ministère des affaires sociales et de la santé : « *veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge, faciliter les démarches de ces personnes et veiller à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes, participer à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et le droit des usagers, participer à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement, être informées de l'ensemble des plaintes et réclamations…* »[127].

Les règles concernant les avis sont identiques aux deux autres Collèges/Commissions : ils sont transmis aux membres du Comité stratégique et à chaque CDU des établissements parties au groupement hospitalier.

Section III – Une instance de dialogue social à l'échelle du GHT

La volonté de créer une instance de dialogue social à l'échelle du groupement est née de l'anticipation de problèmes futurs liés à l'instauration des GHT au niveau du dialogue social entre les différents partenaires (§ 1). Ainsi, la Conférence territoriale de dialogue social a été créée (§ 3).

§1 – Les motivations de créer une instance spécifique au dialogue social

Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau explique les motivations d'une instance dédiée au dialogue social pour le GHT dans leur rapport de fin de mission[128]. Ainsi, « *la constitution des GHT va requérir un travail partenarial entre les acteurs en responsabilité (directeurs, présidents des CME et présidents de CSIRMT) et les représentants de personnels. Les personnels doivent être associés le plus en amont de la démarche afin de comprendre les enjeux et être parties prenantes de la dynamique de mutation des établissements de santé. Le dialogue social interne aux établissements de santé ne saurait donc suffire et nous préconisons d'organiser un dialogue social à l'échelle de chaque GHT, animé par le directeur de l'établissement support. Cet espace de concertation constitue d'ailleurs une modalité incontournable pour la mise en œuvre de certaines compétences mutualisées. Il en est ainsi de la coordination d'un plan de formation et développement personnel continu* ».

De fait, cette nouvelle échelle dans le dialogue social permet une meilleure adaptation aux bouleversements dans la territorialité hospitalière, et vise également à se prémunir de tout problème en lien avec le personnel, ou du moins l'investir dans le projet afin que celui-ci soit acteur du changement

[126] Article R6132-11 CSP.
[127] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*,26 mai 2016, p.30.
[128] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.43.

et non un simple observateur. Ce dialogue se doit d'être « *toujours en complémentarité avec le dialogue social national* »[129].

A ces fins, il a donc été instauré la Conférence territoriale de dialogue social.

§2 – La Conférence territoriale de dialogue social

Prévue par la convention constitutive, la Conférence territoriale de dialogue social est composée du président du Comité stratégique qui est investi de la présidence de cette Conférence, d'un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un Comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement, des représentants des organisations représentatives dans plusieurs Comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement, (le nombre en est fixé par la convention constitutive), ainsi que le président du Collège médical de groupement (ou de la Commission médicale de groupement), de celui de la CSIRMT du groupement, et des membres du Comité stratégique désignés par le président de ce dernier[130].

Cette Conférence territoriale de dialogue social « *est informée des projets de mutualisations, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT* »[131].

Cette instance fait l'objet de nombreuses critiques, parfois virulents, d'un certain nombre d'acteurs engagés dans le dialogue social, en premier chef les syndicats. Pour exemple, la Confédération Générale du Travail (CGT), première organisation syndicale au niveau national, estime que « *cette instance non représentative a pour objectif de tenter d'affaiblir encore le dialogue social au plus près du terrain c'est-à-dire dans les établissements* »[132].

Le président de l'association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux a indiqué que le sujet du dialogue social était celui sur lequel son association était le plus déçue. Il regrette en ces termes : « *On ne pourra rien bâtir de sérieux avec cette conférence qui est seulement informée et qui n'associe même pas tous les chefs des établissements parties au GHT* ».

Il faudra attendre avant de savoir si réellement cette instance arrive à jouer son rôle avec la collaboration de tous les partenaires.

[129] *Id.*
[130] Article R6132-14 CSP.
[131] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi*, *Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.32.
[132] Confédération Générale du Travail, Déclaration à la conférence Territoriale de Dialogue Social [en ligne], Confédération Générale du Travail 27 avril 2017 [consulté le 05/08/2017]. Disponible sur : http://www.cgt-chudenice.org/wp-content/uploads/2017/04/de%CC%81claration-USD-CTDS-27-AVRIL-2017.pdf

TITRE III

LES CONSÉQUENCES DE LA MISE EN ŒUVRE DES GHT

La mise en œuvre des GHT va bousculer les activités des établissements (Chapitre I). Si ces bouleversements sont clairement identifiés et établis, il n'en pas de même pour la gestion des ressources humaines au sein du GHT (Chapitre II).

CHAPITRE I – UN BOULEVERSEMENT DANS LES FONCTIONS DES ÉTABLISSEMENTS

La loi du 26 janvier 2016[133], sur la partie concernant le GHT, bouleverse les pratiques des établissements hospitaliers. En effet, selon les dispositions codifiées à l'article L6132-3-I du Code de la Santé Publique, l'établissement support va assurer plusieurs fonctions pour le compte des établissements parties au groupement. Les modalités du pilotage et l'organisation de ces mutualisations (c'est-à-dire « *l'ensemble des démarches de coopération induites par l'appartenance à un GHT* »[134]), sont définies dans la convention constitutive. Par ce biais du contrat, l'établissement support peut aussi se décharger d'une des mutualisations en la confiant à l'un des établissements membres du GHT (principalement pour les GHT ne comportant pas un CHU en tant qu'établissement support).

L'intégration par le biais des mutualisations se fait à plusieurs niveaux. Si certaines de ces mutualisations d'activités sont obligatoires (section I) ou sont organisées en commun (Section II), d'autres sont facultatives (section III), permettant un choix plus libre et donc plus judicieux en fonction des besoins spécifiques et propres des établissements membres du GHT en fonction du territoire sur lequel ils sont implantés.

Section I – Les mutualisations obligatoires

Ces mutualisations sont au nombre de quatre : un système d'information hospitalier convergent (section 1), un département d'information médicale de territoire (section 2), la fonction achat (section 3) et la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, ainsi que les plans de formation continue et le développement professionnel des personnels des établissements du GHT (section 4).

§1 – Le système d'information convergent

Les dispositions de l'article L6132-3-I-1 du Code de la Santé Publique[135] pose la première des quatre mutualisations, celle relative à un système d'information convergent. Ce système comprend les applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Le patient aura un identifiant unique, et ce pour chacun des établissements (cela avait été recommandé par le rapport de fin de mission sur les GHT, car les deux rédacteurs avaient fait le constat que « *chaque entité juridique génère son propre identifiant permanent du patient. Or, le chaînage des données relatives à un même patient est bien une condition sine qua non pour l'organisation de réels parcours de prise en charge au sein du GHT*[136] »). Le directeur de l'établissement support coordonne, après concertation du Comité stratégique du groupement, l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information du GHT.

L'établissement support doit dès lors créer une direction commune pour le système d'information, et créer une équipe commune. C'est un pré-requis fondamental pour pouvoir mettre en place un système d'information convergent, qui « *doit répondre aux objectifs du projet médical et faciliter la mise en place*

[133] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
[134] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.46.
[135] Article L6132-3-I-1 CSP : « *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 œuvre, 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* ».
[136] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.22.

des autres fonctions supports du GHT (notamment la mise en place d'un DIM de territoire et de la fonction achat »[137].

Au vu des difficultés techniques, matérielles, sécuritaires pour pouvoir réaliser ce système d'information convergent, le calendrier de sa mise en œuvre est étalé dans le temps. Ainsi, le schéma directeur du système d'information commun du GHT doit être élaboré du 1er juillet 2016 (date de création de tous les GHT) au 31 décembre 2017. La mise en œuvre de la trajectoire de convergence se fera à partir du 1er janvier 2018, pour un système d'information convergent et homogène pleinement opérationnel au sein du groupement au 1er janvier 2021. L'élaboration dans un temps relativement long permettra sûrement une bonne mise en œuvre de ce système essentiel pour une prise en charge du patient efficient. De plus, cette mise ne place progressive doit également permettre aux professionnels de santé de bien apprendre à utiliser l'applicatif.

Mais en attendant cela, le système d'information convergent est perçu comme une « source de multiples problèmes »[138] (77% des 200 personnels de santé le perçoivent ainsi). Si les difficultés techniques et informatique sont la plus grande source d'inquiétude, les obstacles réglementaires, humains et techniques ont une bonne part dans celle-ci.

La mutualisation du système d'information, au profit de l'établissement support, fait peser sur celui-ci des obligations : mettre en place un dossier patient informatisé interopérable (A), partager les informations (B) et respecter les dispositions de la loi informatique et liberté[139] (C).

A – La mise en place d'un dossier patient informatisé interopérable

L'établissement support doit mettre en place un dossier patient informatisé interopérable (DPII) de façon prioritaire. Il doit répondre aux exigences du programme Hôpital numérique[140], permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements faisant partie du groupement hospitalier de territoire. Comme le précise le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, il doit également « *intégrer le cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé*[141] »[142].

Le but de ce système d'information convergent est clair : à terme, un dossier patient informatisé unique pourra être exploité par l'ensemble des établissements parties, permettant une meilleure prise en charge des patients. L'exploitation d'un logiciel unique est donc nécessaire pour garantir la continuité de la prise en charge du patient, ainsi que pour le partage de l'information et de l'expertise sur les différents soins et actes techniques entre les professionnels du GHT et les acteurs du territoire. Pour ce faire, le dossier patient doit intégrer « *un identifiant patient unique, une uniformité de contenu, quel que soit l'accès au sein des établissements parties au GHT, une accessibilité par les différentes équipes de soins qui devront assurer la prise en charge du patient, au sein des établissements parties au GHT, une alimentation par chacun des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, quel que soit le lieu d'exercice au sein du GHT* »[143].

L'interopérabilité souffre cependant de critiques, provenant des directeurs de systèmes d'informations ou encore des DIM. En effet, ces professionnels éprouvent des difficultés à faire communiquer de

[137] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, DGOS, GHT Mode d'emploi, guide méthodologique, stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT, juillet 2016, p.8.
[138] Géraldine Tribault, *La convergence des systèmes d'information est perçue comme « source de problèmes »*, [en ligne], Hospimédia, 31/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170331-systeme-d-information-la-convergence-des-systemes-d
[139] Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
[140] Ministère chargé de la Santé, *Programme Hôpital Numérique*, La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers, mai 2012.
[141] Agence Française de la Santé Numérique.
[142] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.51.
[143] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.52.

manière viable les différents logiciels des établissements parties. De plus, le fait de changer de logiciel pour celui d'un autre établissement « *n'est pas sans générer quelques frustrations* »[144].

B – Le partage des informations

Une bonne prise en charge passe par le partage des informations entre les différents acteurs intervenants dans le parcours de soins du patient. Ainsi, le partage des informations, outre se faire à l'intérieur du GHT, doit se tourner également vers les partenaires extérieurs au territoire.

Ce partage est impératif si l'Hôpital veut remplir pleinement son rôle. Pour cela, le législateur a strictement encadré la pratique, afin de garantir simultanément une bonne prise en charge mais également respecter les droits des patients, notamment celui du secret médical. Le Code de la Santé Publique dispose à son article L1110-4-II qu'« *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* ». De plus, lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins[145], ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. De fait, les informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe[146]. En revanche, si les professionnels ne font pas partie d'une même équipe de soins, le partage de l'information doit se faire après avoir recueilli le consentement de la personne prise en charge, et ce par tout moyen.

C – Le respect des dispositions de la loi informatique et liberté

Tout comme pour tous les traitements d'informations personnelles (et *a fortiori* pour des données médicales, très intimes), les établissements de santé, et donc le système d'information convergent, doivent respecter les dispositions de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978[147]. Ainsi, « *l'établissement support du GHT doit garantir le respect des obligations découlant de la loi précitée du 6 janvier 1978 concernant la licéité des traitements de données à caractère personnel, les procédures de déclaration/autorisation, les obligations incombant aux responsables de traitements ou encore les droits des personnes concernées par des traitements de données à caractère personnel* »[148]. L'établissement support doit donc veiller à ce que toutes les précautions soient prises, afin de préserver la sécurité des données d'une part, mais également empêcher leurs dégradations, leurs déformations et leur endommagement d'autre part.

---

[144] Géraldine Tribault, *La convergence des systèmes d'information est perçue comme « source de problèmes »*, [en ligne], Hospimédia, 31/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170331-systeme-d-information-la-convergence-des-systemes-d

[145] Article L1110-12 CSP : « *Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :*
1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
2° Soit se sont vus reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».

[146] Article L1110-4-II CSP.

[147] Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

[148] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.53.

§2 – Le département de l'information médicale de territoire

Le département d'information médicale (DIM) est important dans un établissement de santé. En effet, ses activités, nombreuses, varient du recueil, de la circulation et du traitement des données médicales, au suivi épidémiologique des patients en passant par l'analyse des données pour produire le rapport d'activité du Centre Hospitalier. Le DIM, placé sous l'autorité du Directeur de l'établissement et du président de la CME, assure également le respect des règles de confidentialité et le codage de l'information médicale.

Le DIM doit donc être mutualisé[149] pour être un Département de l'information médicale de territoire. Sa gestion est assurée par un médecin qui est désigné par le directeur de l'établissement support, après proposition du président du Collège médical ou de la Commission médicale du groupement, et ce après que la convention constitutive eut été approuvée. Il a une autorité fonctionnelle sur les personnels du DIM et sur ceux relevant des établissements membres de la coopération. Ses missions sont également larges, puisque le médecin responsable « *coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au GHT. Un médecin référent du DIM assiste à la CME des établissements parties. Il rend compte, au moins une fois par an, de l'activité de l'ensemble des établissements parties au Comité stratégique du GHT. Il prépare les décisions des instances compétentes des établissements parties mentionnées à l'article R.6113-9 du Code de la Santé Publique, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'actions présenté devant le Comité stratégique du GHT* »[150]. De plus, il participe à l'analyse médico-économique de ces données, afin de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé. Il contribue également à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, en collaboration avec le directeur du système d'information. De plus, il contribue aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au GHT.

Cette mutualisation confère un pouvoir considérable sur le médecin du DIM de territoire, car il vient remplacer tous les DIM des établissements parties (il peut cependant être issu de n'importe quel établissement du GHT, pas nécessairement celui déjà en place dans l'établissement support), et le médecin du DIM, par conséquent, agit pour le compte de tous les établissements[151]. Il est un acteur décisionnel, notamment dans le cadre de sa participation au Comité stratégique du GHT, en se prononçant sur les questions portant sur les grandes orientations stratégiques du groupement. Disposant d'un regard vaste, allant des différents projets médicaux des établissements au projet médical partagé, il a le pouvoir de nommer un correspondant dans chaque CME des établissements parties au GHT. Il définit également les modalités opérationnelles d'organisation en s'appuyant sur les autres médecins de l'information médicale.

§3 – Les achats

L'achat public est un élément fondamental pour la vie d'un établissement hospitalier. Contraints par des règles très strictes relatives à la commande publique[152],[153],[154], censés contrôler la dépense publique et respectant notamment les principes d'égalité de tous devant la commande publique et de

[149] Article L6132-3-I-2 CSP : « *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* ».
[150] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.56.
[151] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire*, *Rapport de fin de mission*, février 2016, p.21.
[152] Directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.
[153] Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.
[154] Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

transparence des procédures, les marchés publics permettent à l'établissement public de santé de faire vivre l'activité, en passant des commandes en fonction des besoins liés à l'activité.

La mutualisation de cette fonction achat va entrainer par conséquent des changements conséquents. Le guide méthodologique édité par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé sur la fonction achat des GHT[155] donne le but de cette mutualisation : « *la mutualisation de la fonction achat a pour objectif de faire du GHT l'échelon pertinent pour la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation des achats des établissements parties au GHT* »[156]. C'est surtout l'occasion de faire 1,4 milliard d'euros d'économie entre 2015 et 2017 (objectif du Ministère de la santé). Car il ne faut pas s'y méprendre, le but de cette mutualisation est purement économique, financière. Les ARS ont très bien intégré cette idée[157]. Les hôpitaux coûtent cher, mais ont toujours moins de budget chaque année. Arrivant dans des zones dangereuses de baisse des moyens financiers, la mutualisation des achats est un bon levier pour encore faire diminuer la « note » de l'hôpital public.

La loi dispose que la fonction achat doit être assurer par l'établissement support[158]. Les dispositions du décret du 27 avril 2016[159] apportent davantage de précisions[160], la loi ayant été particulièrement brève. Ainsi, la fonction achat comporte l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achats en exploitation et en investissement, la planification et la passation des marchés, le contrôle de gestion des achats, et les activités d'approvisionnement (à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques). Le rapport de fin de mission sur les GHT recommandait de « *confier la gestion de la fonction achat à un seul responsable, placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement support* »[161], et de lui donner une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels des établissements membres du groupement.

Afin de faire une bonne application des dispositions légales et réglementaires, un plan d'action des achats du GHT devait être élaboré (au 1er janvier 2017), permettant de pouvoir échelonner la mise en place de la fonction achat du GHT. Ce plan d'achat, valant pour l'ensemble du GHT, est pluriannuel et « *a vocation à décliner les pistes majeures de gain par domaine d'achat et les axes forts privilégiés en termes d'efficience des processus métiers achat* »[162]Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé recommande[163], sur un plan purement pratique, que les processus d'achats, sur la base d'un référentiel d'achat unique, soit mis en place pour le 1er juillet 2017 au plus tard. Il recommande également d'initier la démarche de convergence dès le 1er janvier 2017 pour arriver au résultat attendu le 31 décembre 2020, car à cette échéance tous les marchés actifs devront être instruits par la fonction achat du GHT. Mettre en place cette mutualisation dans un laps de temps relativement long est dû à la durée pour faire passer un marché, et est fait afin d'intégrer les différences culturelles qu'il y a entre les établissements parties du groupement.

Les objectifs poursuivis sont multiples en mutualisant la fonction achat. Ainsi, l'harmonisation des équipements et services au profit du projet médical est visé. Par cela, des économies conséquentes pourront être faites (principe de l'achat en gros, et donc plus le volume est gros en quantité, et plus le prix diminue). Une couverture de tous les domaines d'achats d'exploitation et d'investissement sera établie. Afin d'être efficace, une organisation mutualisée de la chaîne achat doit être mise en œuvre,

[155] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, DGOS, *GHT Mode d'emploi, guide méthodologique, La fonction achat des GHT*, mai 2017, 202 pages.
[156] *Ibid.,* p.13.
[157] Jérôme Robillard, *Les objectifs de gains sur achat sont largement dépassés dans la région Grand-Est*, [en ligne], Hospimédia, 29/05/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170529-finance-les-objectifs-de-gains-sur-achat-sont
[158] Article L6132-3 CSP.
[159] Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
[160] Article R6132-16 CSP.
[161] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, p.24.
[162] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.61.
[163] *Ibid*., p.62.

ainsi qu'une gestion commune et optimisée des approvisionnements. D'autres conséquences sont à prévoir, comme l'harmonisation des méthodes, nécessaires pour assurer une bonne mutualisation et un bon fonctionnement de celle-ci.

En tout cas, les entreprises (fournisseurs) sont sur le pied de guerre et élaborent déjà, par anticipation, de nouvelles stratégies commerciales[164] pour conquérir le « mastodonte GHT ».

Une instruction interministérielle du 4 mai 2017 est venue apporter des précisions quant à la « répartition des compétences entre l'établissement support et l'établissement partie au GHT », et quant au « périmètre de la fonction achat et organisation mutualisée de certaines activités et fonctions »[165].

§4 – Les écoles et la formation

Cette mutualisation[166] est sans doute la plus surprenante de ces quatre grandes mutualisations obligatoires. En effet, on peut s'interroger, à première vue, sur la nécessité d'unifié la politique de formation. Un début de réponse a été apporté par Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau[167]. Selon eux, le projet médical partagé, qui est 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* ». Ils estiment que le patient doit pouvoir bénéficier d'une qualité de prise en charge identique, quel que soit l'établissement dans lequel il est pris en charge. Par conséquent, les pratiques de tous les personnels médicaux et soignants doivent être harmonisées. Cela passe par l'organisation « *d'une politique unifiée de formation continue et de développement professionnel des équipes* »[168]. Ainsi, les équipes soignantes vont pouvoir bénéficier des mêmes formations, mais vont également acquérir les mêmes compétences. De fait, les pratiques seront harmonisées sur l'ensemble du groupement hospitalier de territoire.

Cette mutualisation va permettre aux GHT d'avoir une maitrise entière sur la formation de ses équipes, puisqu'il va coordonner la formation initiale, à travers les écoles et les instituts de formation paramédicale, et la formation continue (plan de formation et développement professionnel continu) des personnels au sein des établissements parties. La convention constitutive doit permettre de prévoir toutes les modalités pour assurer la coordination de toutes les écoles et de tous les instituts. Leur gouvernance doit être prévu, ainsi que la « mutualisation des projets pédagogique, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politiques de stage »[169]. Il en est de même pour les plans de formation[170].

Si cette mutualisation des écoles et de la formation peut paraitre surprenante mais parfaitement justifié, il n'est cependant pas abordé la question des écoles qui sont géré par le secteur privé, et implanté sur le territoire du GHT. De plus, il est à prévoir des regroupements et des suppressions d'écoles et d'instituts. La Conférence territoriale de dialogue social sera informée de ces projets ci et aura un poids dans la décision finale.

---

[164] Géraldine Tribault, *Les achats dans les GHT soulèvent de nombreuses questions encore non résolues*, [en ligne], Hospimédia, 15/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170315-economie-les-achats-dans-les-ght-soulevent-de

[165] Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

[166] Article L6132-3-I-4 CSP : « *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 parties au groupement* ».

[167] J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédi*aire, mai 2015, p.36.

[168] *Id.*

[169] Article R6132-17 CSP.

[170] Article R6132-18 CSP.

Section II – Les fonctions organisées en commun

Les établissements d'un GHT doivent organiser des fonctions qu'ils vont gérer en commun. Ainsi, selon les dispositions de l'article L6132-3-III du Code de la Santé Publique, « *Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle inter-établissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale et de pharmacie* ». De ce fait, les établissements vont devoir, pour mettre en œuvre ces fonctions, « *définir un schéma cible pour structurer l'organisation de ces activités entre les établissements* », et « *déterminer les modalités de mise en œuvre du schéma cible* »[171] soit dans la convention constitutive, soit dans le règlement intérieur, en fonction de la souplesse qu'ils souhaitent développer dans le cadre de ces activités.

Section III – Les fonctions dévolues de manières facultatives

Si la volonté des auteurs de la partie GHT de la loi du 26 janvier 2016 était de poser un cadre juridique encadrant cette coopération, il faut rappeler que l'ambition était également de laisser une marge de manœuvre aux établissements afin de pourvoir au mieux aux nécessités du territoire de chaque GHT. Par ce biais libertaire, des fonctions peuvent être mutualisées, uniquement sur le principe du volontariat. Ces fonctions, définies à l'article L6132-3-II du Code de la Santé Publique, pourront être gérées par l'établissement support, et ce pour le compte des établissements parties. La gestion mutualisée concerne des équipes médicales communes et la mise en place de pôles inter-établissements (tels que définis dans la convention constitutive du GHT), et des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. Les fonctions mutualisables sont donc très vastes, et peuvent ainsi concerner la paye, la gestion des carrières, le service de communication, ou encore la restauration, la blanchisserie, certains services techniques. C'est uniquement la volonté des établissements qui pourra faire ces mutualisations, en fonction des besoins de ces établissements et de l'opportunité de les faire. La convention constitutive et le règlement intérieur doivent servir à la concrétisation de ces éventuelles mutualisations.

[171] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum*, 26 mai 2016, p.48.

CHAPITRE II – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU SEIN DES GHT

Les ressources humaines sont les grands exclus de la réforme des GHT. En effet, il est relativement surprenant que le législateur ou le pouvoir réglementaire n'est rien fait à ce sujet. Partant de cet état de fait, et répondant à la mission qui est la sienne, l'Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux (ADRHESS) a émis des propositions (Section I). Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé s'est malgré tout manifesté au travers d'une instruction interministérielle (Section II).

Section I – Les propositions de l'ADRHESS

L'ADRHESS a publié une note en date du 6 mai 2016[172] dans laquelle elle estime tout d'abord que les GHT sont une réelle opportunité de transformation et de modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, à condition qu'ils soient correctement pilotés. Ainsi, selon elle, « *le GHT peut ainsi porter une politique RH ambitieuse et volontariste portant notamment sur l'homogénéisation des pratiques (temps de travail, avancement, rémunération), la rationalisation des coûts et l'amélioration des conditions de travail (ex : QVT)*[173] »[174].

L'ADRHESS propose cinq pistes d'actions relatives à la gestion des ressources humaines dans le contexte des groupements hospitaliers de territoire, dans le but d'accompagner les mouvements fondamentaux pour la gestion des ressources humaines.

La première de ces pistes d'action est l'élaboration d'un projet « ressources humaines » partagé en appui du projet médical et du projet médico-soignant. Pour ce faire, un état des lieux des procédures et des pratiques « ressources humaines » est nécessaire, et il faut procéder à l'examen des possibilités de développement de la coopération en matière de gestion des ressources humaines.

La deuxième piste est le développement de la coopération inter-établissements dans le domaine de la formation continue. Cette action vise à favoriser la coordination des plans de formation, à développer des actions communes, à harmoniser les pratiques et, en lien avec les délégations régionales de l'ANFH[175], et à favoriser la mutualisation des crédits de formation.

La troisième piste est la construction d'une politique de formation initiale au niveau du groupement. La mutualisation des actions entre les écoles et les instituts de formation doit être renforcée. De plus, les moyens et les ressources doivent nécessairement être mis en commun, et il doit exister une véritable politique de stage au niveau du groupement

La quatrième piste d'action est d'étudier à court, moyen et long terme les possibilités de mutualisation des fonction RH. Ainsi, « *Cette mutualisation doit s'inscrire dans une perspective de professionnalisation accrue des acteurs RH, d'émergence de profils experts et d'amélioration du service rendu. Les domaines prioritaires de mutualisation pourront être la santé au travail, l'organisation des concours, la gestion de la mobilité et des reclassements, le conseil aux agents, le contrôle de gestion social, la gestion de la paie et des ARE ou encore l'expertise juridique* »[176].

La cinquième et dernière piste d'action est de poser les fondations d'un dialogue social de territoire. Par cela, il faut entendre de permettre une concertation entre les différentes directions des

[172] Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016, 2 pages.
[173] QVT : Qualité de Vie au Travail.
[174] Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016, p.1.
[175] ANFH : Association Nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.
[176] Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016, p.2.

établissements parties avec les représentants des CTE, cela pour associer les personnels non-médicaux dans la définition des options stratégiques retenues par le groupement, et ainsi favoriser l'acceptabilité sociale des recompositions à venir.

Plus récemment, l'ADRHESS a publié 30 propositions pour moderniser es ressources humaines hospitalières[177] dans le cadre de con colloque annuel[178] dont certaines portent sur les GHT. Ainsi, l'association recommande d'élaborer une charte d'accompagnement social des projets du GHT, de mettre en place une véritable instance de concertation territoriale, ou encore de mutualiser une partie des crédits de formation (de l'ordre de 1%) pour la mise en œuvre d'actions communes.

Section II – Une instruction interministérielle pour seul document officiel sur les ressources humaines au sein des GHT

Cette instruction interministérielle [179] a pour objectif de présenter « le cadre juridique applicable aux nouveaux modèles organisationnels ». Evoquant divers situations, comme la mise à disposition, le changement d'établissement, l'instruction aborde la question des déplacements au sein du GHT. Ainsi, « *l'agent peut être appelé à se déplacer pour les besoins du service, ou pour des activités qui en constituent le prolongement sur le site d'un établissement partie au GHT, qu'il s'agisse de l'établissement support ou non. Dans cette hypothèse, l'agent devant se déplacer hors de sa résidence administrative et hors de sa résidence familiale doit être muni, au préalable, d'un ordre de mission signé par le directeur de l'établissement au sein duquel il occupe habituellement son emploi ou par un agent ayant reçu délégation à cet effet, dans les conditions énoncées par le décret n° 92-566 du 25 juin 1992. Le temps de déplacement est comptabilisé dans le temps de travail* ».

De plus, l'instruction explique que pour mieux faire adhérer les agents concernés par des déplacements, il faut un accompagnement individualisé.

[177] Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *30 propositions pour la modernisation et la simplification de la GRH hospitalière*, 3 mars 2017, 8 pages.
[178] Thomas Quéguiner, *L'Adrhess élabore trente propositions pour moderniser les ressources humaines hospitalières*, [en ligne], Hospimédia, 03/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170303-ressources-humaines-l-adrhess-elabore-trente-propositions-pour
[179] Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

CONCLUSION

Les groupements hospitaliers de territoire bouleversent le paysage hospitalier. Cette nouvelle coopération hospitalière, la plus aboutie de toute, va permettre d'améliorer le parcours de soins des patients sur le territoire, tout en permettant de faire des économies d'échelle, et ce en passant par la mutualisation de plusieurs activités clés. La restructuration opérée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ambitieuse, est dotée de nombreux atouts pour pouvoir réussir pleinement ses missions, notamment par la souplesse conférée par la convention constitutive.

La volonté du législateur de faire coopérer les établissements publics de santé entre eux n'a pas empêché de permettre une intégration de tous les établissements de santé, certes à des niveaux différents, mais permettant malgré tout de pouvoir adapter les besoins en fonction des territoires des GHT, très différents les uns des autres.

Cette coopération va certainement se révéler être très efficace dans ses objectifs, dès lors que toutes les mutualisations seront achevées. En effet, les GHT sont dotés d'instances qui ont déjà faits leurs preuves à l'échelle d'un établissement de santé, et le projet médical partagé va lier tous les établissements parties entre eux dans la réalisation d'objectifs communs et surtout complémentaires.

Il faut cependant être vigilant quant au pouvoir dont dispose le directeur de l'établissements support, et davantage lorsque cet établissement est un CHU, déjà puissant sur le territoire. La concentration de plusieurs pouvoirs dans les mains d'un seul directeur doit inciter les établissements parties à veiller au respect de l'application de la convention constitutive et de son projet médical partagé, car c'est bien d'une coopération dont il s'agit.

BIBLIOGRAPHIE

MANUELS

- C. Bergoignan Ester, M. Dupont, *Droit hospitalier*, Dalloz, 9ème édition, octobre 2014, 986 pages.
- J. Capodano, *Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux*, Revue Droit et Santé, mars 2017, pages 233-235.
- J.-M. Clément, *La loi santé 2016*, LEH Edition, février 2016, 158 pages.
- J.-M. Clément, *Les grands principes du droit de la santé*, LEH Edition, mars 2005, 209 pages.
- J.-M. Clément, *Dictionnaire des principaux sigles du droit et de l'administration hospitalière*, LEH Edition,févier 2008, 290 pages.
- G. Delande, *Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière, Revue Droit et Santé*, Mars 2017, pages 255-257.
- A.Dhordain, *Le CHU : L'hôpital de tous les défis*, Privat,10 janvier 2008, 367 pages.
- A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, PUF, 3ème édition, octobre 2012, 728 pages.
- M.-L. Moquet-Anger, *Droit Hospitalier*, LGDJ,4ème édition, avril 2016, 522 pages.
- D.Stingre, *Que sais-je ?, Le service public hospitalier*, PUF, 5ème édition, mai 2012, 128 pages.

REVUES

- B. Apollis, *L'assistance publique-hôpitaux de Paris, laboratoire des évolutions du Code de la Santé Publique*, Revue de Droit Sanitaire et Social, 2016, p.1017.
- C. Biget, *Les propositions de la Fédération hospitalière de France pour le prochain quinquennat*, Actualité Juridique Droit Administratif, 2017, p.257.
- G. Champenois, C. Lesne, *GHT : quel rôle pour les directeurs ? Quel gestion des ressources humaines ?*, Houdart et associés Le Blog, 27 septembre 2016, 11 pages.
- J.-M. Clément, *Projet de loi « santé 2015 » ou le dessein fort ambitieux des pouvoirs publics*, Gazette de l'hôpital, n°117, août 2015, 4 pages.
- J.-P. Duprat, *L'ancrage de l'hôpital dans les territoires*, Gazette de l'hôpital n°124, octobre 2016, 6 pages.
- C. Evin, *Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence*, Revue de Droit Sanitaire et Social, 2017, p.107.
- F. Fulconis, *Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hopspitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire, Revue Management et Avenir*, mai 2017, 47 pages.
- Gazette de l'hôpital, *Le fondement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) : le projet médical partagé*, Gazette de l'hôpital n°117, août 2015, 6 pages.
- Gazette de l'hôpital, *Un établissement membre d'un GHT peut-il assurer une prestation commerciale pour un autre établissement du GHT sans passer un marché public ?*, Gazette de l'hôpital n°124, octobre 2016, 15 pages.
- J. Hardy, *Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme administrative*, Actualité Juridique Droit Administratif, 2017, p.919.
- C. Lesnes, *GHT- Une fausse bonne idée pour la GRH*, Houdart et associés Le Blog, 25 juin 2015, 11 pages.

RAPPORTS ET MÉMOIRES

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, mars 2011, 92 pages.
- Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016, 2 pages.
- Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux, *30 propositions pour la modernisation et la simplification de la GRH hospitalière*, 3 mars 2017, 8 pages.
- Dossier de presse du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, 17 décembre 2015, 22 pages.
- J. Hubert, F. Martineau, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire*, mai 2015, 51 pages.
- J. Hubert, F. Martineau *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, février 2016, 51 pages.
- Houdart et associés, *Etude SMPS- Groupements hospitaliers de territoire et responsabilités*, Houdart et associés, 5 décembre 2016, 54 pages.
- F. Lalande, C. Scotton, P.-Y. Bocquet, J.-L. Bonnet, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport N°RM2012-020P 17, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, mars 2012, 273 pages.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT Mode d'emploi, Vade-mecum,26 mai 2016*, 74 pages.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, DGOS, *GHT Mode d'emploi, guide méthodologique, stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, juillet 2016, 132 pages.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, DGOS, *GHT Mode d'emploi, guide méthodologique, La fonction achat des GHT*, mai 2017, 202 pages.
- Ministère chargé de la Santé, *Programme Hôpital Numérique, La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers*, mai 2012.
- Ministère de la Santé et des Sports, *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre*, 2010, 162 pages.
- Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, 2000, 248 pages.
- C. Vedel, *La mise en place des groupements hospitaliers de territoire dans notre système de santé : enjeux et perspectives*, LEH Edition, avril 2017, 42 pages.

SOURCES JURIDIQUES

Lois

- Loi 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.
- Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.
- Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

- Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ordonnances

- Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

Directive

- Directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE

Décrets

- Décret n° 2012-1483 du 27 décembre 2012 relatif à la transformation des syndicats interhospitaliers en groupement de coopération sanitaire ou en groupement d'intérêt public.
- Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, II de l'article L. 6132-3.
- Décret n° 2017701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 61323du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Instruction

- Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

JURISPRUDENCE

- Conseil d'Etat, avis n° 358047, section sociale, 1er août 1995.
- Tribunal des Conflits, 14 février 2000, GIP « Habitat et interventions sociales pour les mal-logés et les sans-abris ».

RESSOURCES EN LIGNE

- Direction de l'information légale et administrative, *Chronologie* [en ligne], Direction de l'information légale et administrative [consulté le 15/06/2017]. Disponible sur : http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/

- Gouvernement, *Compte rendu du Conseil des ministres du 15 octobre 2014* [en ligne], Gouvernement 15/10/2014 [consulté le 25/05/2017]. Disponible sur : http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-10-15/santé
- Confédération Générale du Travail, *Déclaration à la conférence Territoriale de Dialogue Social* [en ligne], Confédération Générale du Travail 27 avril 2017 [consulté le 05/08/2017]. Disponible sur : http://www.cgt-chudenice.org/wp-content/uploads/2017/04/de%CC%81claration-USD-CTDS-27-AVRIL-2017.pdf
- Thomas Quéguiner, *L'AP-HP prévoit de signer d'ici fin décembre près de 25 conventions avec les GHT franciliens*, [en ligne], Hospimédia, 27/07/2017 [consulté le 30/07/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170727-politique-de-sante-l-ap-hp-prevoit-de
- Caroline Cordier, *Le projet médical du GHT de Haute-Garonne et Tarn-Ouest détaille ses objectifs pour renforcer l'offre*, [en ligne], Hospimédia, 28/07/2017 [consulté le 30/07/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170728-offre-de-soins-le-projet-medical-du-ght
- La Rédaction Hospimédia, *BO n° 2017-06 du 15 juillet 2017*, [en ligne], Hospimédia, 15/07//2017 [consulté le 30/07/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/jo-bo/bo-201707
- Jérôme Robillard, *L'ARS retoque la demande de dérogation du CHS de l'Yonne de rattachement à un GHT*, [en ligne], Hospimédia, 07/07/2017 [consulté le 30/07/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170707-psychiatrie-l-ars-retoque-la-demande-de-derogation
- Thomas Quéguiner, *Le bilan à un an des GHT mené par les SMPS révèle un mal-être croissant dans les directions*, [en ligne], Hospimédia, 22/06/2017 [consulté le 30/07/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170622-ressources-humaines-le-bilan-a-un-an-des
- Jérôme Robillard, *Les objectifs de gains sur achat sont largement dépassés dans la région Grand-Est*, [en ligne], Hospimédia, 29/05/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170529-finance-les-objectifs-de-gains-sur-achat-sont
- Jérôme Robillard, *La collaboration entre instances hospitalières et usagers progresse à tâtons dans les GHT*, [en ligne], Hospimédia, 21/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170421-gestion-la-collaboration-entre-instances-hospitalieres-et-usagers
- Jérôme Robillard, *Une centaine d'établissements sont engagés dans une démarche de certification commune avec les GHT*, [en ligne], Hospimédia, 19/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170419-qualite-une-centaine-d-etablissements-sont-engages-dans
- Géraldine Tribault, *Le guide de la DGOS sur la fonction achat des GHT est disponible*, [en ligne], Hospimédia, 13/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170413-economie-le-guide-de-la-dgos-sur-la
- Pia Hémery, *Chaque GHT peut discuter un délai avec son ARS pour finaliser son projet médical partagé*, [en ligne], Hospimédia, 07/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170407-politique-de-sante-chaque-ght-peut-discuter-un
- Caroline Cordier, *L'union syndicale de la psychiatrie milite pour renforcer les contre-pouvoirs au directeur d'hôpital*, [en ligne], Hospimédia, 05/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170405-ressources-humaines-l-union-syndicale-de-la-psychiatrie
- Pia Hémery, *Les directeurs de CH et de locaux se disent inquiets de la mise en œuvre des GHT* [en ligne], Hospimédia, 30/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur :

http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170330-politique-de-sante-les-directeurs-de-ch-et

- Caroline Cordier, *Des réflexions sont engagées à la DGOS pour mesurer les effets apportés par les GHT*, [en ligne], Hospimédia, 27/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170327-politique-de-sante-des-reflexions-sont-engagees-a
- Thomas Quéguiner, *Les directeurs d'hôpital s'interrogent sur l'évolutivité de leur métier à l'heure des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 17/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170317-ressources-humaines-les-directeurs-d-hopital-s-interrogent
- Clémence Nayrac, *Avenir hospitalier poursuit son engagement pour faire valoir l'expertise syndicale dans les hôpitaux,* [en ligne], Hospimédia, 16/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170316-dialogue-social-avenir-hospitalier-poursuit-son-engagement-pour
- Géraldine Tribault, *Les achats dans les GHT soulèvent de nombreuses questions encore non résolues*, [en ligne], Hospimédia, 15/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170315-economie-les-achats-dans-les-ght-soulevent-de
- Pia Hémery, *Le kit d'accompagnement des GHT est complété de trois documents*, [en ligne], Hospimédia, 14/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170314-politique-de-sante-le-kit-d-accompagnement-des
- Pia Hémery, *La Conférence des présidents de CME de CH veut redonner du sens à l'exercice médical*, [en ligne], Hospimédia, 03/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170403-elections-2017-la-conference-des-presidents-de-cme
- Géraldine Tribault, *La convergence des systèmes d'information est perçue comme « source de problèmes »*, [en ligne], Hospimédia, 31/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170331-systeme-d-information-la-convergence-des-systemes-d
- Géraldine Tribault, *L'Anap et l'Asip Santé lancent leur dispositif d'appui aux GHT avec une nouvelle plateforme*, [en ligne], Hospimédia, 09/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170309-systeme-d-information-l-anap-et-l-asip
- Caroline Cordier, *Plusieurs milliers de manifestants viennent revendiquer un « état d'urgence » pour l'hôpital public*, [en ligne], Hospimédia, 07/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170307-dialogue-social-plusieurs-milliers-de-manifestants-viennent-revendiquer
- Thomas Quéguiner, *Le Syncass-CFDT réclame à Marisol Touraine une « clarification législative » des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 07/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170307-dialogue-social-le-syncass-cfdt-reclame-a-marisol
- Thomas Quéguiner, *L'Adrhess élabore trente propositions pour moderniser les ressources humaines hospitalières*, [en ligne], Hospimédia, 03/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170303-ressources-humaines-l-adrhess-elabore-trente-propositions-pour
- Thomas Quéguiner, *Le SMPS invite les directeurs à suspendre toute mutualisation des fonctions support dans les GHT*, [en ligne], Hospimédia, 02/03/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170302-dialogue-social-le-smps-invite-les-directeurs-a
- Géraldine Tribault, *Les frais d'hébergement et les GHT sont exclus du champ de la facturation électronique*, [en ligne], Hospimédia, 28/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur :

http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170228-gestion-les-frais-d-hebergement-et-les-ght

- Clémence Nayrac, *Les doyens de facultés de médecine proposent de créer des territoires de santé universitaires*, [en ligne], Hospimédia, 22/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170222-elections-2017-les-doyens-de-facultes-de-medecine
- Géraldine Tribault, *Un guide et une convention type sont proposés pour les partenariats des GHT avec le privé*, [en ligne], Hospimédia, 15/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170215-politique-de-sante-un-guide-et-une-convention
- Clémence Nayrac, *L'impact économique du CHU de Saint-Etienne sur son territoire est estimé à 900 millions d'euros*, [en ligne], Hospimédia, 09/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170209-economie-l-impact-economique-du-chu-de-saint
- Pia Emery, *Un renouveau de la recherche autour des CHU se dessine avec les prochaines conventions d'association*, [en ligne], Hospimédia, 10/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/analyses/20170210-recherche-un-renouveau-de-la-recherche-autour-des
- Jérôme Robillard, *Cinq établissements publics et privés coopèrent via deux groupements dans le sud de la Haute-Marne*, [en ligne], Hospimédia, 06/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170206-gestion-cinq-etablissements-publics-et-prives-cooperent-via
- Agathe Moret, *Le FIPHFP mise sur les GHT pour l'emploi des travailleurs handicapés à l'hôpital et en Ehpad publics*, [en ligne], Hospimédia, 02/02/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170202-ressources-humaines-le-fiphfp-mise-sur-les-ght
- Caroline Cordier, *L'EPSM de Saint-André pose des conditions pour valider le GHT psychiatrique du Nord-Pas-de-Calais*, [en ligne], Hospimédia, 27/01/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170127-dialogue-social-l-epsm-de-saint-andre-pose
- Géraldine Tribault, *Uniha enregistre une croissance 2016 de son portefeuille de 19 % et maintient la dynamique pour 2017*, [en ligne], Hospimédia, 23/01/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170123-economie-uniha-enregistre-une-croissance-2016-de-son
- Jérôme Robillard, *La direction du CHU de Besançon compte être « très vigilante sur les risques psychosociaux »*, [en ligne], Hospimédia, 18/01/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170118-gestion-la-direction-du-chu-de-besancon-compte
- Thomas Quéguiner, *La CGT, FO et Sud réclament un Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière exceptionnel*, [en ligne], Hospimédia, 12/01/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170112-dialogue-social-la-cgt-fo-et-sud-reclament
- Thomas Quéguiner, *Le dialogue social a le plus grand mal à se territorialiser à l'échelon des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 10/01/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/analyses/20170110-ressources-humaines-le-dialogue-social-a-le-plus
- La Rédaction Hospimédia, *La naissance officielle des 135 GHT marque le début de l'été*, [en ligne], Hospimédia, 27/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161227-ce-qui-a-fait-la-naissance-officielle-des
- Pia Hémery, *Le partage des compétences entre établissements d'un GHT sera confirmé par décret*, [en ligne], Hospimédia, 14/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur :

http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161214-politique-de-sante-le-partage-des-competences-entre

- La Rédaction Hospimédia, *Santé publique France – Charte/GHT psychiatrie – Droits d'urgence*, [en ligne], Hospimédia, 12/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161212-bref-sanitaire-sante-publique-france-charte-ght-psychiatrie
- Géraldine Tribault, *Seize GHT seront accompagnés en 2017 dans l'élaboration de leur plan d'actions achat*, [en ligne], Hospimédia, 08/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161208-economie-seize-ght-seront-accompagnes-en-2017-dans
- Géraldine Tribault, *La DGOS donne les premiers contours de la fonction achat mutualisé des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 08/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161208-economie-la-dgos-donne-les-premiers-contours-de
- Géraldine Tribault, *Le guide de la DGOS sur les systèmes d'information convergents des GHT est disponible*, [en ligne], Hospimédia, 05/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161205-systeme-d-information-le-guide-de-la-dgos
- Pia Hémery, *La plupart des GHT esquisseraient un laboratoire de biologie médicale commun multisites*, [en ligne], Hospimédia, 01/12/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161201-plateau-technique-la-plupart-des-ght-esquisseraient-un
- Géraldine Tribault, *L'EPSM Lille-Métropole devient l'établissement support du GHT de psychiatrie Nord-Pas-de-Calais*, [en ligne], Hospimédia, 21/11/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161121-psychiatrie-l-epsm-lille-metropole-devient-l-etablissement
- Thomas Quéguiner, *La DGOS détaille l'impact des GHT sur les règles budgétaires et comptables*, [en ligne], Hospimédia, 15/11/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161115-gestion-la-dgos-detaille-l-impact-des-ght
- Pia Hémery, *La DGOS diffuse le mode d'emploi du plan d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 14/11/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161114-politique-de-sante-la-dgos-diffuse-le-mode
- Thomas Quéguiner, *Les attachés d'administration hospitalière se verraient bien en « super-experts » juridiques des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 27/10/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/analyses/20161027-ressources-humaines-les-attaches-d-administration-hospitaliere-se
- Bruno Decottignies, *Marisol Touraine rejette le recours du CHS d'Auch qui ne coupera pas au GHT du Gers*, [en ligne], Hospimédia, 18/10/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161018-psychiatrie-marisol-touraine-rejette-le-recours-du-chs
- Bruno Decottignies, *Les GHT s'inscrivent dans un processus de territorialisation de la santé pas toujours très pertinent*, [en ligne], Hospimédia, 14/10/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161014-offre-de-soins-les-ght-s-inscrivent-dans
- Thomas Quéguiner, *Le comité de suivi des GHT entre « dans le vif du sujet » avec les projets médicaux partagés*, [en ligne], Hospimédia, 12/10/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161012-politique-de-sante-le-comite-de-suivi-des
- Clémence Nayrac, *La conférence des présidents de CME salue le plan d'attractivité mais s'interroge sur sa cohérence,* [en ligne], Hospimédia, 05/10/2016 [consulté le 02/06/2017].

Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20161005-ressources-humaines-la-conference-des-presidents-de-cme

- Bruno Decottignies, *Selon le GHT, la psychiatrie obtient des garanties variables pour des objectifs similaires*, [en ligne], Hospimédia, 26/09/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20160926-psychiatrie-selon-le-ght-la-psychiatrie-obtient-des
- Pia Hémery, *La DGOS va bientôt fournir un mode d'emploi du plan d'accompagnement des GHT*, [en ligne], Hospimédia, 21/09/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20160921-politique-de-sante-la-dgos-va-bientot-fournir
- Géraldine Tribault, *Le réseau des acheteurs hospitaliers accueille 114 nouveaux adhérents*, [en ligne], Hospimédia, 21/09/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20160921-economie-le-reseau-des-acheteurs-hospitaliers-accueille-114
- Géraldine Tribault, *Les GHT vont plutôt tendre vers un système d'information unique que vers l'interopérabilité,* [en ligne], Hospimédia, 20/09/2016 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20160920-systeme-d-information-les-ght-vont-plutot-tendre
- Jérôme Robillard, *Une centaine d'établissements sont engagés dans une démarche de certification commune avec les GHT*, [en ligne], Hospimédia, 19/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170419-qualite-une-centaine-d-etablissements-sont-engages-dans
- La Rédaction Hospimédia, *Dialogue social-Grève des internes/Ressources humaines – Statuts particuliers/Coopération franco-chinoise – CH Sainte Anne*, [en ligne], Hospimédia, 19/04/2017 [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr.doc-distant.univ-lille2.fr/articles/20170419-bref-sanitaire-dialogue-social-greve-des-internes-ressources

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 4

REMERCIEMENTS 5

PRINCIPALES ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 8

TITRE I – LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À LA CRÉATION DES GHT 16

Chapitre I – Les différentes intégrations des établissements de santé aux GHT 17

SECTION I – LES ÉTABLISSEMENTS PARTIES 17

SECTION II – LES ÉTABLISSEMENTS ASSOCIÉS OU PARTENAIRES 18

§1 – Les établissements associés 18

A – Les Centres Hospitaliers Universitaires 18

B – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie 18

C – Les hôpitaux des armées 18

D – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile 18

§2 – Les établissements de santé privés en partenaire du GHT 19

Chapitre II – La convention constitutive 20

SECTION I – LE CONTENU DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE 20

§1 – Les dispositions légales 20

§2 – Les recommandations du ministère de la Santé dans la rédaction de la convention constitutive 20

SECTION II – L'ÉLABORATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE 21

§1 – L'initiative de l'élaboration aux acteurs des établissements publics de santé 21

§2 – Le rôle déterminant du directeur de l'ARS 21

§3 – La non appartenance à un GHT sanctionné financièrement 22

Chapitre III – Le projet médical partagé 23

SECTION I – LA PIERRE ANGULAIRE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE 23

§1 – Le contenu du projet médical partagé traduisant la stratégie du GHT 23

§2 – L'approche par filière 23

SECTION II – DES NÉCESSITÉS DANS L'APPROCHE ET DANS LE SUIVI DU PMP 24

§1 – La nécessité d'une approche globale 24

§2 – La nécessité de l'actualisation, de la révision et de l'évaluation 24

TITRE II – LE PILOTAGE DU GHT 25

Chapitre I – L'enjeu stratégique de la désignation de l'établissement support 26

SECTION I – LE CHOIX ORIGINEL DE CRÉATION DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT 26

SECTION II – LA DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT 26

SECTION III – LE RÔLE MAJEUR DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT DANS L'ACTIVITÉ DU GROUPEMENT 27

§1 – Les fonctions obligatoires à assurer pour l'établissement support 27

§2 – Les fonctions facultatives 27
§3 – Les fonctions organisées en commun par les établissements 27
§4 – Les fonctions exclusives des CHU 27
Chapitre II – La place prépondérante des CHU 29
SECTION I – L'INÉVITABLE MISE EN PLACE DU CHU À LA FONCTION D'ÉTABLISSEMENT SUPPORT 29
SECTION II – L'ASSOCIATION AU CHU DE TOUS LES GHT 29
§1 – L'enrichissement de la formation des futurs professionnels de santé 30
§2 – Le développement de la recherche et l'innovation en santé 30
§3 – L'optimisation de la gestion de la démographie médicale 30
§4 – L'organisation de la gradation des soins notamment de référence et de recours 31
Chapitre III – Une pluralité d'instances 32
SECTION I – LA GENÈSE DES INSTANCES DU GHT 32
§1 – Le Comité stratégique 32
§2 – Le Comité territorial des élus 33
SECTION II – UN MODÈLE CALQUÉ SUR LE SYSTÈME HOSPITALIER 33
§1 – Le Collège médical ou la Commission médicale du groupement 33
§2 – La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de groupement 34
§3 – Le Comité des usagers ou la Commission des usagers du groupement 35
SECTION III – UNE INSTANCE DE DIALOGUE SOCIAL À L'ÉCHELLE DU GHT 35
§1 – Les motivations de créer une instance spécifique au dialogue social 35
§2 – La Conférence territoriale de dialogue social 36
TITRE III – LES CONSÉQUENCES DE LA MISE EN ŒUVRE DES GHT 37
Chapitre I – Un bouleversement dans les fonctions des établissements 38
SECTION 1- LES MUTUALISATIONS OBLIGATOIRES 38
§1 – Le système d'information convergent 38
A – La mise en place d'un dossier patient informatisé interopérable 39
B – Le partage des informations 40
C – Le respect des dispositions de la loi informatique et liberté 40
§2 – Le département de l'information médicale de territoire 41
§3 – Les achats 41
§4 – Les écoles et la formation 43
SECTION II – LES FONCTIONS ORGANISÉES EN COMMUN 44
SECTION III – LES FONCTIONS DÉVOLUES DE MANIÈRE FACULTATIVE 44
Chapitre II – La gestion des ressources humaines au sein des GHT 45
SECTION I – LES PROPOSITIONS DE L'ADRHESS 45
SECTION II – UNE INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE POUR SEUL DOCUMENT OFFICIEL SUR LES RESSOURCES HUMAINES AU SEIN DES GHT 46
CONCLUSION 47
BIBLIOGRAPHIE 48

Nicolas CHARLES

Les groupements hospitaliers de territoire : entre coopération et restructuration

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est venue bousculer le paysage hospitalier par l'instauration d'une nouvelle coopération : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Obligatoires, les établissements publics de santé voient leurs prérogatives bouleversées. Les trois niveaux d'intégration possibles permettent l'implication de plusieurs types de structures, même privées, à participer à une dynamique commune.

Doté d'une convention constitutive et d'un projet médical partagé, chaque GHT va pouvoir déterminer ses missions et les concrétiser. Pour cela, il a été doté d'Instances, par ailleurs très similaires à celles déjà existante à l'échelle d'un Centre Hospitalier. Au nombre de six, elles vont pouvoir, chacune dans leurs domaines, mettre en œuvre les objectifs déterminés mais aussi innover pour faire vivre le territoire de santé.
Le terme de groupement appelle, outre les prémices d'une centralisation théorique, à des mutualisations. Au nombre de quatre (le système d'information convergent, le département de l'information médicale de territoire, les achats ainsi que les écoles et la formation), elles vont permettre, au-delà d'économies potentiellement conséquentes, de repenser la stratégie des établissements concernés.

Ainsi, la création des groupements hospitaliers de territoire se place entre nouvelle coopération et nouvelle restructuration du monde hospitalier.

LEH Édition
253-255, cours du Maréchal-Gallieni
33000 Bordeaux
Tél. 05 56 98 85 79 • Fax 05 56 96 88 79
www.leh.fr • www.bnds.fr • info@leh.fr

BNDS
BIBLIOTHÈQUE NUMÉRIQUE DE DROIT DE LA SANTÉ ET D'ÉTHIQUE MÉDICALE

ISBN 978-2-84874-792-7
10 €