

LES GROUPEMENTS
HOSPITALIERS DE
TERRITOIRE

ARUCAH
Bourgogne
Franche
Comté

Les groupements hospitaliers de territoire

Résumé :

Les groupements hospitaliers de territoire ont été créés par la loi du 26 janvier 2016.

Il s'agit d'une nouvelle forme de coopération qui réunit, de manière obligatoire, autour d'un établissement « support » les établissements publics de santé d'un même secteur géographique.

Leur objectif est de définir et mettre en œuvre une stratégie commune de prise en charge coordonnée des patients, définie par un projet médical partagé.

Ils sont créés par convention et ne constituent pas une nouvelle entité juridique, les établissements membres gardant leur autonomie.

Néanmoins un certain nombre de leurs fonctions sont obligatoirement mutualisées et organisées par l'établissement support.

Leur gouvernance est assurée par un comité stratégique présidé par le directeur de l'établissement support entouré d'instances consultatives représentant le corps médical, les soignants, les personnels, les usagers et les élus.

L'un des objectifs de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est d'ancrer l'hôpital dans son territoire. Son article 107 est venu introduire dans le code de la santé publique (CSP) de nouvelles modalités de coopération entre les établissements publics de santé : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Ce ne sont cependant pas les modes de coopération qui manquent : syndicats inter hospitaliers, fédérations médicales inter hospitalières, GCS, communautés hospitalières de territoire.

Ces nouveaux GHT, qui entraînent la disparition de certaines de ces formes de coopération, sont-ils une « couche de plus » ou ouvrent-ils de nouvelles perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients ?

Le législateur indique que « *le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours* »

1- La nature juridique du GHT :

Le GHT est créé par convention entre établissements. Il n'a pas la personnalité juridique et ce n'est donc pas un établissement de santé.

Chaque établissement qui participe au GHT garde sa personnalité juridique et les prérogatives qui lui sont attachées (autonomie administrative et financière, patrimoine...).

2- Les acteurs du GHT :

Deux catégories d'entités juridiques peuvent être acteur d'un GHT ; c'est leur degré d'intégration qui les distingue.

2-1 Les établissements parties :

Tout établissement public de santé a l'obligation d'adhérer à un GHT.

Une dérogation est possible pour les établissements présentant une spécificité dans l'offre de soins.

Les établissements médico-sociaux publics peuvent être parties d'un GHT, cette adhésion est facultative.

Un même établissement ne peut être membre que d'un seul GHT.

2-2 les établissements associés ou partenaires

Certaines structures peuvent être associées au GHT ou en être partenaires sans en être membres à part entière :

- Les hôpitaux des armées peuvent être associés à l'élaboration du projet médical partagé (PMP) du GHT,
- Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont associés à l'élaboration du PMP du GHT de leur aire géographique d'intervention,
- les établissements publics de santé mentale peuvent être associés à l'élaboration du PMP d'un ou plusieurs GHT dont ils ne sont pas membres,
- Les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un GHT dans le cadre d'une convention de partenariat, prévoyant l'articulation de leur projet médical avec le PMP du GHT,
- Les centres hospitaliers universitaires (CHU), comme tout établissement public, font obligatoirement partie d'un GHT, mais un GHT qui ne compte pas de CHU parmi ses membres, est tenu de s'associer à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires (enseignement, recherche, missions de recours...). Cette association fait l'objet d'une convention entre le CHU et l'établissement support du GHT.

Un GHT peut être constitué d'établissements de régions différentes. Par exemple le GHT « 21-52 » est essentiellement constitué d'établissement de Côte d'Or (région Bourgogne Franche Comté), mais il inclut trois établissements de Haute Marne (région Grand Est).

3- La création du GHT

3-1 calendrier :

La loi du 26 janvier 2016 fixait au 1^{er} juillet de la même année la date de publication de la liste des GHT par le DG de l'ARS, ce qui supposait au préalable l'élaboration d'un PMP et la signature de la convention constitutive, elle-même soumise à des conditions préalables importantes (en particulier la consultation des instances de chaque établissement).

A défaut il était prévu des pénalités financières sur les MIGAC.

La brièveté de ce délai, incompatible avec l'élaboration des PMP, a fait l'objet d'aménagements locaux en concertation entre l'ARS et les établissements.

L'ensemble des mutualisations obligatoires doit être mis en place au 1^{er} janvier 2018.

3-2 la convention constitutive :

Elle comprend deux volets :

- le volet relatif au projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention,
- le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement.

La loi a fixé le contenu minimal du volet organisation, il comprend :

- la liste des instances communes et les modalités de désignation des membres : collège médical ou commission médicale du groupement, comité ou commission des usagers, commissions des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT), comité territorial des élus locaux, conférence territoriale de dialogue social,
- les délégations éventuelles d'activités à l'établissement support (durée, objectifs à atteindre, contrôle de l'établissement déléguant),
- les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements lourds, entre établissements,
- l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du PMP. Elle prévoit les modalités de constitution des équipes médicales communes et éventuellement des pôles inter établissements,
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement
 - o désignation de l'établissement support,
 - o composition du comité stratégique,
 - o modalités d'articulation entre les CME des établissements pour l'élaboration du PMP, et le cas échéant, la mise en place d'instances communes,
 - o rôle du comité territorial des élus locaux

Dans chaque établissement membre, la convention constitutive est soumise à l'avis du conseil de surveillance, du directoire, de la CME, du CTE et de la CSIRMT.

Le DG de l'ARS vérifie la conformité de cette convention au projet territorial de santé, l'approuve et la publie sur le site de l'ARS au moment de l'entrée en vigueur du groupement. Elle est conclue pour une durée de 10 ans.

3-3 le règlement intérieur :

Le RI est élaboré et approuvé par le comité stratégique du GHT après consultation des instances communes et des instances des établissements parties au groupement.

4- La gouvernance et le fonctionnement du GHT

La loi fixe les principes de la gouvernance et des instances, la convention constitutive les précise.

4-1 Le comité stratégique

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé.

Il comprend notamment :

- des représentants de chaque établissement :

les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissements et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements parties au groupement.

- des représentants des instances du GHT :

Le président du collège médical ou de la CME, le médecin responsable du DIM de territoire, et, lorsque le GHT comprend un CHU, : le directeur de l'UFR.

Il est présidé par le directeur de l'établissement support.

Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.

Il propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du PMP.

4-2 Le collège médical ou la commission médicale de groupement :

Le choix entre les deux formules est indiqué dans la convention constitutive conformément à l'option retenue, dans leurs avis, par la majorité des CME des établissements.

- comité médical :

Sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive

- commission médicale de groupement :

Elle est composée des présidents des CME et de représentants désignés par les CME et, le cas échéant, les professionnels des établissements médico-sociaux.

La convention constitutive définit le nombre des représentants, la répartition des sièges et les compétences déléguées.

Le président et le vice-président sont élus par le comité ou la CME. Sauf dérogation, la fonction de président est incompatible avec celle de chef de pôle.

Le président coordonne la stratégie du groupement et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Les avis du comité médical ou de la CME sont transmis au comité stratégique ainsi qu'aux CME de chaque établissement.

4-3 Le comité ou la commission des usagers :

Le choix entre les deux formules est effectué conformément à l'option retenue, dans leurs avis, par la majorité des commissions des usagers (CDU) des établissements membres.

Le comité ou la commission est présidé par le directeur de l'établissement support.

Les avis émis par le comité ou la commission sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des CDU des établissements membres.

4-4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) :

Elle est composée des présidents et de représentants des CSIRMT des établissements membres, et le cas échéant, de représentants des professionnels paramédicaux des établissements médico-sociaux partenaires du groupement.

Le nombre de représentants, la répartition des sièges et les compétences qui lui sont déléguées sont fixés par la convention constitutive.

Le président est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support.

Les avis émis par la CSIRMT sont transmis aux membres du comité stratégique, et à chacune des CSIRMT des établissements membres.

4-5 Le comité territorial des élus locaux :

La convention constitutive définit sa composition et ses règles de fonctionnement.

En sont membres de droit :

- les maires de communes sièges des établissements parties au groupement, (ils sont le plus souvent présidents des conseils de surveillance de ces établissements),
- les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements ou des services médico-sociaux membres,
- le président du comité stratégique,
- les directeurs des établissements membres,
- le président du collège médical ou de la CME du GHT.

Il est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions, et il est informé des suites qui leur sont données.

4-4 la conférence territoriale de dialogue social :

Elle est prévue par la convention constitutive. Elle comprend :

- le président du comité stratégique , président de la conférence,
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un CTE d'un établissement du groupement,
- des représentants des organisations syndicales représentées dans plusieurs CTE, dont le nombre est fixé par la convention constitutive,
- avec voix consultative : le président du collège médical ou de la CME, le président de la CSIRMT, d'autres membres du comité stratégiques désignés par son président.

Elle est informée des projets de mutualisation notamment en ce qui concerne la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail, et la politique de formation.

5- Le projet médical et le projet de soins partagés :

5-1 les objectifs du projet médical partagé :

Le projet médical partagé (PMP) est la pierre angulaire du GHT. Il définit la stratégie médicale du groupement et comprend notamment :

- les objectifs médicaux,
- les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- l'organisation, par filières, d'une offre de soins graduée,
- les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières avec leur déclinaison par établissement et le cas échéant leur réalisation par télémedecine,
- les projets de biologie médicale, d'imagerie et de pharmacie,
- les conditions de l'association du CHU portant sur les missions spécifiques,
- la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques,

- les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes,
- les modalités de suivi et de mise en œuvre de ce PMP.

5-2 L'élaboration du PMP :

Les équipes médicales concernées, de chaque filière, participent à la rédaction du PMP.

Il est soumis pour avis au collège médical ou à la CME, qui est informé, chaque année, du bilan de sa mise en œuvre.

Il peut s'appuyer sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

Le PMP est élaboré pour une durée de 5 ans.

Les projets médicaux des établissements membres doivent être conformes au PMP du groupement.

5-3 Le projet de soins partagé

Un projet de soins partagé est élaboré. Il s'inscrit dans la stratégie globale de prise en charge.

Les équipes soignantes de chaque filière concernée sont associées.

6- L'établissement support et les fonctions mutualisées :

6-1 La notion d'établissement support :

L'établissement support est désigné dans la convention constitutive. Cette désignation doit être approuvée par les 2/3 des conseils de surveillance des établissements membres, à défaut il est désigné par le DG de l'ARS après avis du comité territorial des élus locaux.

Il est chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements, les fonctions et les activités mutualisées.

6-2 Les fonctions obligatoirement mutualisées :

Les fonctions suivantes sont obligatoirement assurées par l'établissement support :

- Le système d'information :

L'établissement support assure

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, comprenant des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels,
- l'élaboration du schéma directeur du système d'information, conforme aux objectifs du PMP (élaboré par le directeur de l'établissement support après concertation avec le comité stratégique).
- la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée, ce qui implique que les informations concernant une personne prise en charge dans un établissement du GHT puissent être partagées, à charge pour l'établissement support, de mettre en œuvre les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations liées à la loi relative à l'informatique et aux libertés.
- la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire.

- La fonction achat
La mutualisation est assurée par l'établissement support et concerne :
 - o l'élaboration de la politique et de la stratégie d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement,
 - o l'élaboration d'un plan d'actions des achats du groupement,
 - o la planification et la passation des marchés,
 - o le contrôle de gestion des achats,
 - o les activités d'approvisionnement à l'exception des produits pharmaceutiques.

- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale dans les domaines suivants :
 - o la gouvernance des instituts et écoles,
 - o la mutualisation des projets pédagogiques,
 - o la mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux,
 - o la politique de stage.
 Les modalités sont indiquées dans la convention constitutive.

- La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements membres. Les modalités sont indiquées dans la convention constitutive.

6-3 Les fonctions pouvant être déléguées à l'établissement support :

L'établissement support peut gérer pour le compte des autres établissements :

- des équipes médicales communes,
- la mise en place de pôles inter établissements,
- des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

6-4 les activités coordonnées :

Les établissements du groupement organisent en commun les activités :

- d'imagerie diagnostique et interventionnelle
- de biologie médicale, y compris par la constitution d'un laboratoire commun. Dans ce cas il faut une convention spécifique entre les établissements, annexée à la convention constitutive du GHT.
- de pharmacie

Ils peuvent constituer des pôles inter établissements pour la coordination de ces activités y compris des activités cliniques.

6-5 Le rôle spécifique des CHU :

Les CHU (généralement établissements supports des GHT) coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements auxquels ils sont associés, les missions :

- d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux,
- de recherche,
- de gestion de la démographie médicale,
- de référence et de recours.
-

6-6 les relations avec l'établissement support :

Les établissements parties au GHT transmettent pour avis au comité stratégique, leur EPRD et leur PGFP. Cet avis est transmis au DG e l'ARS.

Le directeur de l'établissement support nomme dans leurs fonctions, pour le compte des établissements parties, les agents recrutés par ses soins ou mis à sa disposition pour assurer les activités, missions et fonctions mutualisées, et peut leur déléguer sa signature.

Lorsque la convention constitutive le prévoit, le directeur de l'établissement support signe les conventions avec les établissements associés et partenaires.

Le directeur de l'établissement support désigne le médecin responsable du DIM sur proposition du président du collège médical (ou de la CME) du GHT.

La certification des établissements membres est effectuée conjointement, mais l'appréciation par la HAS fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement.

7- Les 12 GHT de la Région Bourgogne Franche Comté

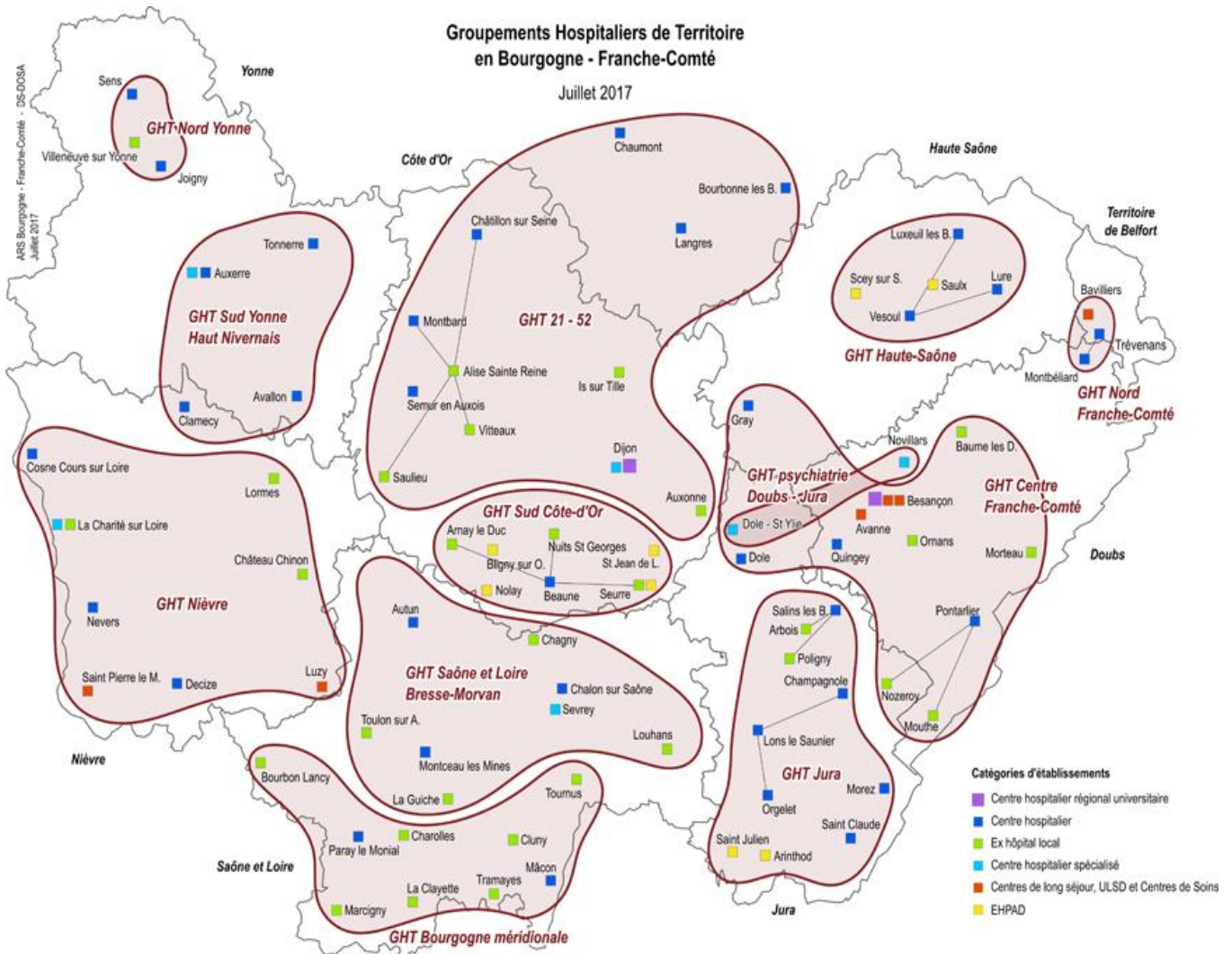
Sur la France entière, 135 GHT ont été constitués. Ils sont très variables en ce qui concerne les établissements parties (de 2 à 20) et les territoires desservis (de 100 000 habitants à 2,5 millions d'habitants),

La région Bourgogne Franche Comté compte 12 GHT regroupant 71 établissements. Si l'on tient compte des fusions d'établissements (CHI), ce sont 90 sites qui sont concernés.

Dénomination (date arrêté de création)	Etablissements support	Etablissements membres	Etablissements fusionnés
GHT centre Franche Comté (1/7/2016)	CHRU de Besançon	CHRU de Besançon	
		CHI de Haute Comté	Pontarlier, Nozeroy, Mouthe
		CH du Val de Saône (Gray)	
		CH de Dole	
		CH de Quingey	
		USLD d'Avanne	
		CH d'Ornans	
		CH de Morteau	
		CH de Baume les Dames	
		Centre de soins de suite et de réadaptation des Tilleroyes	
Centre de long séjour de Bellevaux			
CHT Nord Franche Comté (1/7/2016)	Hôpital Nord Franche Comté	Hôpital Nord Franche Comté	CH Belfort CH Montbéliard
		CH du Chênois (Bavilliers)	

GHT de Haute Saône (1/7/2016)	Groupe hospitalier de Haute Saône	Groupe Hospitalier de Hte Saône	CH Vesoul, Lure Luxeuil+ des EHPAD
		EHPAD de Saulx de Vesoul	
		EHPAD de Scey sur Saône	
GHT Jura Sud (1/7/2016)	Centre Hospitalier Sud jura	CHI Sud Jura	Lons le Saunier, Champagnole, Orgelet , St Julien, Arinthod
		CH de st Claude	
		CH de Morez	
		CHI du Pays du Revermont	Salins les Bains, Arbois, Poligny
GHT Psychiatrie Doubs Jura (1/7/2016)	CH Dole Ste Ylie	CHS de Dole Ste Ylie	
		CHS de Novillars	
GHT 21-52 (1/7/2016)	CHU de Dijon	CHU Dijon	
		CH d'Auxonne	
		CHS de la Chartreuse (psy)	
		CH de la Haute Cote d'Or	Vitteaux, Saulieu, Alise Ste Reine, Montbard, Chatillon sur Seine
		CH d'Is sur Tille	
		CH de Semur en Auxois	
		CH de Bourbonne les Bains	
		CH de Langres	
		CH de Chaumont	
GHT Sud Cote d'Or (31/3/2017)	CH de Beaune	CH de Beaune	CH de Beaune, Arnay le Duc, Nuit St Georges, Seurre
		EHPAD Bligny/Ouche	
		EHPAD de Nolay	
		EHPAD Labergement les Seurre	
		EPADH de St Jean de Losne	
GHT de la Nièvre (1/7/2016)	CH de Nevers	CH Nevers	
		CH Decize	
		CH Cosne sur Loire	
		CLS Saint Pierre le Moutier	

		CLS Luzy	
		CH La Charité sur Loire	
		CH Château-Chinon	
		CH Lormes	
		CH Pierre Loo La Charité /Loire	
GHT Sud Yonne- Haut Nivernais (1/7/2016)	CH d'Auxerre	CH d'Auxerre	
		CH Avallon	
		CH Clamecy	
		CHI du Tonnerois	
		CHS de l'Yonne (Auxerre)	
		Polyclinique Ste Marguerite (Auxerre)	
GHT Nord Yonne (1/7/2016)	CH de Sens	CH Sens	
		CH Joigny	
		CH Villeneuve sur Yonne	
		CH de Chalon sur Saône	
GHT Saône et Loire – Bresse - Morvan	CH Chalon sur Saône	CH Autun	
		CH Montceau les Mines	
		CH Chagny	
		CH Louhans	
		CH La Guiche	
		CHS de Sevray	
		CH Toulon sur Arroux	
		CH de Macon	
GHT Bourgogne méridionale (1/7/16)	CH de Macon	CH Bourbon Lancy	
		CH Tournus	
		CH Paray le Monial	
		CH Marcigny	
		CH La Clayette	
		CH Charolles	
		CH Cluny	
		CH Tramayes	



8- Conclusions

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de la mise en place des GHT, néanmoins quelques constats et réflexions peuvent être proposés.

Les principes de cette réforme paraissent conformes

- aux exigences d'une prise en charge de qualité, coordonnée et graduée, par l'élaboration d'un projet médical partagé et des équipes médicales communes dans un contexte de démographie médicale tendue,
- aux contraintes économiques, en rationalisant cette prise en charge et en mutualisant des fonctions

et ne peuvent que recevoir un assentiment.

Dans la mise en œuvre les constats suivants peuvent être faits :

- le périmètre des GHT n'est pas toujours adéquat et garde encore la trace d'enjeux de pouvoir,
- les instances et les procédures s'empilent et se complexifient nécessitant que les professionnels y consacrent un temps considérable,

- le « leadership » de l'établissement support et les prérogatives de son directeur entraînent une perte d'autonomie des établissements membres, l'appauvrissement de la fonction de direction, et une aggravation des contraintes de gestion,
- la place des usagers est peu claire et réduite.

Alors s'agit-il d'une réforme inachevée dans l'attente d'une prochaine étape qui permettrait de redéfinir le contour des GHT selon des critères objectifs et de créer des entités de taille pertinente, d'associer les établissements de santé privés et la médecine libérale, de rapprocher encore davantage le sanitaire du social, de créer de nouvelles entités juridiques permettant de concentrer les décisions et de simplifier le fonctionnement, de mieux organiser l'expression des usagers, et de redéfinir le rôle et la place des ARS dans l'organisation de l'offre de soins... ?

Références réglementaires

- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en particulier son article 107
- Décret du 2017-524 du 27 avril 2017 relatif aux GHT (JO du 29 avril 2017)
- Décret 2017-701 du 2 mai 2017, relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions prévues à l'article 6132-3 du CSP au sein des GHT,
- Instruction interministérielle 2017/163 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des GHT,
- Code de la santé publique: article L 6132-1 à L 6132-7, R 6132-1 à R 6132-24, et R 6146-9-3
- Guide méthodologique de la fonction achats dans les GHT (ministère)

Les autres formes de coopération entre établissements publics de santé :

Le code de la santé publique offre tout un panel de formes de coopération.

- *Les groupements de coopération sanitaire (GCS) (art 6133-1 à 6133-10 CSP) : dotés de la personnalité morale et pouvant être érigés en établissements de santé s'ils bénéficient d'une autorisation d'activité ou d'équipement. Ils peuvent associer des établissements de santé publics et privés*
- *Les fédérations médicales inter hospitalières (art L 6135-1 CSP)*
- *Les fondations hospitalières (art L 6141-7-3 du CSP), dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, concernent la recherche*
- *Les pôles inter établissements d'activité clinique ou médico-technique (entre établissements parties d'un même GHT) (art L 6132-2 et R 6146-9-3 du CSP)*
- *Les communautés psychiatriques de territoire (art D 6136-1 à D 6136-8 CSP) créées par décret du 26/10/2016*
- *Les conventions de coopération internationale*

Les syndicats inter hospitaliers et les communautés hospitalières de territoire (créées par la loi HPST) ont été supprimés.

Glossaire :

CH : centre hospitalier

CHI : centre hospitalier intercommunal

CHS : centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

CME : commission médicale d'établissement

CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CSP : code de la santé publique

CTE : comité technique d'établissement

DIM ; département d'information médicale

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses (budgets)

EPS : établissement public de santé

GCS : groupement de coopération sanitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

MIGAC : missions d'intérêt générale et aides à la contractualisation

PGFP : plan global de financement pluriannuel (investissements)

PMP : projet médical partagé

UFR : unité de formation et de recherche (faculté)

USLD : unité de long séjour