

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 de modernisation du système de santé.

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 n° 2016-41 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 (article L6132-1 CSP) 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...) avec cependant une obligation de mutualiser certaines fonctions.

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 et services 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, après accord du Ministre des Armées et du DG de l'ARS peuvent être associés à l'élaboration du projet médical partagé (PMP) du GHT. Cette association est traduite dans la convention constitutive du GHT, qui intègre les modalités selon lesquelles les hôpitaux des armées participent au projet médical partagé (PMP) et aux activités mutualisées du GHT.
- Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont associés à l'élaboration du PMP des GHT de leur aire géographique d'intervention, dont ils ne sont ni membres ni partenaires.
- 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, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire, pouvant être constituées entre plusieurs établissements de santé mentale ayant signé un même contrat territorial de santé mentale (art L3221-2 du CSP),
- 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 est traduite dans le projet médical partagé (PMP) du GHT et dans une convention entre le CHU et l'établissement support du GHT.

Un GHT peut être constitué d'établissements de régions différentes. Par exemple, en BFC le GHT « 21-52 » est essentiellement constitué d'établissement de Côte d'Or (région Bourgogne Franche Comté), mais il inclut trois établissements du sud de la 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 :

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

Elle est approuvée par le DG de l'ARS qui apprécie sa conformité au PRS. Il peut demander que lui soient apportées des modifications pour assurer cette conformité.

Elle est conclue pour une durée de 10 ans et peut être renouvelée par tacite reconduction, et elle peut être modifiée par voie d'avenant.

Elle définit (art L6132-2 du CSP) :

- Un PMP de l'ensemble des établissements transmis à l'ars avant la conclusion de la convention
- 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, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et éventuellement des pôles inter établissements,
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement :
 - o la désignation de l'établissement support et ses fonctions,
 - o la composition du comité stratégique,
 - o les 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 le rôle du comité territorial des élus locaux.

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 concernées 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 (costrat) (art R 6132-10 CSP) :

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

Sa composition est définie dans la convention constitutive. Il comprend notamment :

- des représentants de chaque établissement membre :
Les directeurs d'établissements, les présidents des CME, et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- 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.

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

Le comité stratégique ou le cas échéant le bureau, 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 (art R 6132-9 CSP):

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.

- Le collège médical :
Sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ;
- La 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 collège médical ou la CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Sauf dérogation prévue par le règlement intérieur, 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 collège 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 (art R 6132-11 CSP) :

La convention prévoit la mise en place d'un comité ou d'une commission des usagers, et fixe sa composition et ses compétences. 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 CDU d'établissement peuvent être présidées par un représentant des usagers).

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, ou un directeur 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 (art R 6132-13CSP) :

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

En sont membres de droit :

- les maires des 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 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 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. A ce titre, il peut émettre des propositions, et il est informé des suites qui leur sont données.

4-6 la conférence territoriale de dialogue social (art R 6132- 14 CSP)

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 et le contenu 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 télémédecine, portant sur :
 - o la permanence et la continuité des soins,
 - o les activités de consultation et notamment les consultations avancées,
 - o les activités ambulatoires
 - o les plateaux techniques ,
 - o la prise en charge des urgences et des soins non programmés,
 - o l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles,
 - o les activités de HAD,
 - o les activités de prise en charge médico-sociale,
- les projets de biologie, d'imagerie et de PUI,
- les conditions de l'association du CHU portant sur ses missions spécifiques,
- la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, découlant de l'organisation des filières,
- les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes,
- les modalités de suivi de la mise en œuvre de ce PMP et son évaluation.

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 (art L 6132-3- I CSP)

- Le système d'information (art R 6132-15 CSP) :

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. Les praticiens doivent transmettre, au médecin DIM du gHT, les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité,

- La fonction achat (art R 6132-16 CSP) :

La mutualisation est assurée par l'établissement support et concerne :

- l'élaboration de la politique et de la stratégie d'achat de l'ensemble des domaines d'achat, en exploitation et en investissement,
- l'élaboration d'un plan d'actions des achats du groupement,
- la planification et la passation des marchés et de leurs avenants, l'exécution de ceux-ci étant de la compétence de chaque établissement,
- le contrôle de gestion des achats,
- les activités d'approvisionnement à l'exception des produits pharmaceutiques.

- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale (art R 6132-17 CSP):

Elle intervient dans les domaines suivants :

- la gouvernance des instituts et écoles,
- la mutualisation des projets pédagogiques,
- la mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux,
- 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) (art R 6132-18 CSP) 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 (art L 6132-3-II CSP) :

- 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 (art L 6132-3- III et R6132-19 CSP) :

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 (art L 6132- 3-IV CSP) :

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.

7

6-6 la certification par la HAS (art L 6132-4 CSP)

La certification des établissements du GHT est conjointe. Toutefois l'appréciation portée par la HAS fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement.

6-7 Fonctionnement du GHT et 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 (art R 6132-21 CSP) .

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 (art R 6132-21-1 CSP).

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.

7- Les apports de la loi du 24 juillet 2019 :

Le chapitre 3 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi otss) s'intitule : « *renforcer la stratégie et la gouvernance médicale au niveau des GHT, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration* »

7-1 Les principales mesures :

- Une commission médicale de GHT (CMG)

Il y aura désormais une commission médicale de GHT dont les missions seront de contribuer à :

- ✓ l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale et du PMP
- ✓ l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Son président élu, fera partie du comité stratégique dont il sera le vice-président.

Les CME d'établissements pourront contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le PMP du groupement.

Les commissions médicales de GHT seront mises en place au plus tard le 1^{er} janvier 2021 (cf infra 7-2) ;

- La compétence du comité territorial des élus :

Il pourra se prononcer sur la stratégie du GHT, donner son avis sur le PMP et le projet de soins et les conventions de partenariat et d'association

- La gestion des RH médicales :

Elle fera partie des fonctions obligatoirement mutualisées, en cohérence avec la stratégie médicale du GHT élaborée avec le concours de la CME

- Une plus grande intégration économique :

La loi otss prévoit que les établissements du GHT peuvent être autorisés par le DG de l'ARS à :

- ✓ mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat, autrement de mutualiser leurs trésoreries. L'instruction comptable M21 a déjà été modifiée par la création dans la comptabilité des établissements d'un compte intitulé « avance de trésorerie entre établissements membres d'un GHT »
- ✓ élaborer un programme d'investissement et un PGFP uniques,
- ✓ conclure un CPOM unique avec l'ARS.

Ces dispositions constituent l'article L 6132-5-1 du CSP, mais leur application est soumise à la publication d'un décret en conseil d'Etat.

7-2 Leur entrée en vigueur :

Une grande partie de ces mesures ne sont pas encore toutes codifiées dans le code de la santé, et leur entrée en vigueur est conditionnée à la publication :

- *De décrets*

Il s'agit des décrets prévus par les articles de nature législative, déjà codifiés dans le CSP. Un décret doit fixer la date d'entrée en vigueur de ces dispositions, et au plus tard au 1^o janvier 2021 (sauf celles citées au dernier § du 7-1)

La loi a prorogé les mandats des présidents et membres élus des CME d'établissements jusqu'à la date de mise en place des commissions médicales de GHT fixée par ce même décret et donc au plus tard le 1^o janvier 2021.

- *D'ordonnances :*

La loi du 24 juillet 2019 autorise le gouvernement à tirer, par voie d'ordonnance, les conséquences de ses dispositions, de nature législative, en particulier pour :

- mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des CME d'établissements et de GHT, ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs,
- étendre les compétences des CME d'établissements et de GHT,
- définir l'articulation des compétences des directeurs d'établissements membres et du GHT, en matière de gestion des RH médicales,
- organiser les conditions dans lesquelles les établissements membres peuvent décider de fusionner ou de substituer :
 - ✓ leurs directoires et le comité stratégique du GHT,
 - ✓ leurs CME et la commission médicale du GHT,
 - ✓ leurs CTE et la conférence territoriale de dialogue social du GHT,
 - ✓ leurs CSIRMT et la CSIRMT du GHT,
 - ✓ leurs CHSCT
- préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront de ces fusions ou substitutions ainsi que les conditions permettant d'y mettre fin, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chaque établissement et le respect du principe d'élection.

Il n'est pas fixé de délai pour la publication de ces ordonnances, la loi précisant seulement qu'un projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délais de 3 mois à compter de leur publication.

8- Les 11 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 concernés (de 100 000 habitants à 2,5 millions d'habitants),

La région Bourgogne Franche Comté compte 11 GHT depuis la dissolution au 1^o janvier 2020 du GHT Psychiatrie Doubs-Jura qui réunissait les CHS de Novillars et de Dole st Ylie. Ces GHT regroupent 68 établissements. Si l'on tient compte des fusions d'établissements, ce sont près de 90 sites qui sont concernés.

Ces GHT sont hétérogènes dans leurs tailles (de 2 à 12 établissements) et dans leurs capacités à structurer l'offre de soins. Si les GHT constitués autour des CHU de Dijon et Besançon peuvent apporter une véritable plus-value, que peut-on attendre des GHT

constitués d'établissements en difficultés. La création d'un GHT en Haute Saône est-elle nécessaire des lors que le GH70 regroupe dans une unique entité juridique la totalité des sites de soins (Vesoul, Lure, Luxeuil, Gray) ainsi que 14 EHPAD du département, seuls les EHPAD de Saulx de Vesoul et de Scey sur Saône sont encore autonomes tout en étant lié au GH 70 par une convention de direction commune.

| | |
|--|---|
| | Etablissements sous convention de direction commune |
|--|---|

| Dénomination Nombre d'établissements | Etablissements support | Etablissements membres | Etablissements fusionnés (sites) |
|---|---|---|---|
| GHT centre Franche Comté 12 | CHRU de Besançon | CHRU de Besançon | |
| | | CHI de Haute Comté | Pontarlier, Nozeroy, Mouthe |
| | | CH de Morteau | |
| | | CH d'Ornans | |
| | | CH Dole | |
| | | CH de Baume les Dames | |
| | | Etablissement de santé de Quingey | |
| | | Centre de soins de suite et de réadaptation des Tilleroyes | |
| | | CLS de Bellevaux | |
| | | USLD d'Avanne | |
| | | CHS de Novillars | |
| CHS de Dole St Ylie | | | |
| GHT Nord Franche Comté 2 | Hôpital Nord Franche Comté | Hôpital Nord Franche Comté | |
| | | CHSLD du Chênois (Bavilliers) | Ehpad Bavilliers Ehpad Delle |
| GHT de la Haute Saône 3 | Groupe hospitalier de la Haute Saône | Groupe Hospitalier de la Hte Saône | CH Vesoul, Lure Luxeuil, Gray + 14 EHPAD |
| | | EHPAD de Saulx de Vesoul | |
| | | EHPAD de Scey sur Saône | |
| GHT Jura 4 | Centre Hospitalier Jura Sud | CHI Jura Sud | CH Lons le Saunier, Champagnole, Orgelet , St Julien, Arinthod |

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| | | CH de St Claude | |
| | | CH de Morez | |
| | | CHI du Pays du Revermont | CH Salins les Bains, Arbois, Poligny |
| GHT 21-52 Côte d'Or Haute Marne 9 | CHU de Dijon | CHU Dijon | |
| | | CH d'Auxonne | |
| | | CH Is sur Tille | |
| | | CHS de la Chartreuse (Dijon) | |
| | | CH de Semur en Auxois | |
| | | CH de la Haute Cote d'Or | CH de Saulieu, CH de Montbard, CH de Chatillon sur Seine EMS de Vitteaux EMS de Alise Ste Reine |
| | | | |
| | | CH de Chaumont | |
| | | CH de Langres | |
| | | CH de Bourbonne les Bains | |
| GHT Sud Cote d'Or 6 | CH de Beaune | CH de Beaune (Hospices civils) | CH de Beaune, CH Arnay le Duc, CH Nuit St Georges, CH Seurre |
| | | EMS Pouilly en Auxois | |
| | | EMS Bligny/Ouche | |
| | | EMS de Nolay | |
| | | EMS Labergement les Seurre | |
| | | EMS de St Jean de Losne | |
| GHT de la Nièvre 9 | CH de l'Agglomération de Nevers | CH de l'agglomération de Nevers | |
| | | CH de Decize | |
| | | CH de Cosne sur Loire | |
| | | CLS de Saint Pierre le | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------|
| | | Moutiers | |
| | | CLS de Luzy | |
| | | CH de La Charité sur Loire | |
| | | CH de Château-Chinon | |
| | | CH de Lormes | |
| | | CH Pierre Loo de La Charité /Loire | |
| GHT UNYON Sud Yonne- Haut Nivernais 6 | CH d'Auxerre | CH d'Auxerre | |
| | | CH d'Avallon | |
| | | CH de Clamecy | |
| | | CHI du Tonnerois | |
| | | CHS de l'Yonne (Auxerre) | |
| | | <i>Polyclinique Ste Marguerite (Auxerre) Etablissement associé</i> | |
| GHT Nord Yonne 3 | CH de Sens | CH de Sens | |
| | | CH de Joigny | |
| | | CH de Villeneuve sur Yonne | |
| GHT Saône et Loire – Bresse - Morvan 8 | CH William Morey Chalon sur Saône | CH de Chalon sur Saône | |
| | | CH d'Autun | |
| | | CH de Montceau les Mines | |
| | | CH Chagny | |
| | | CH de La Guiche | |
| | | CH Toulon sur Arroux | |
| | | CH de la Bresse Louhanaise (Louhans) | |
| | | CHS de Sevray | |
| GHT Bourgogne méridionale 6 | CH de Macon | CH de Macon | |
| | | CHI du Clunisois | CH Cluny CH Tramayes |
| | | CH Fondation d'Aligre de Bourbon Lancy | |
| | | CH de Tournus | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | CHI du Pays Charolais-Brionnais | CH Paray le Monial CH de Charolles CH de La Clayette |
| | | CH de Marcigny | |



9- Conclusions

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

Néanmoins 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... ?

La loi du 24 juillet 2019 constitue une nouvelle étape avec la volonté affichée

- de médicaliser encore plus la gestion des GHT, (création d'une CMG, prérogatives de son président..)
- d'aller vers une plus grande intégration des établissements en renforçant encore les prérogatives de l'établissement support .

Bilan d'étape de l'IGAS :

Dans un rapport publié en décembre 2019, l'IGAS dresse un bilan d'étape des GHT, 3 ans après leur mise en œuvre. Elle constate d'importantes disparités et une grande hétérogénéité et formule 24 recommandations réparties entre 5 thèmes :

- périmètre et composition,
- gouvernance et instances,
- projets médico soignants partagés et filières de soins,
- financement,
- suivi et évaluation.

Parmi ces recommandations, on peut citer :

- alléger la gouvernance,
- mieux associer les élus et les communautés médicales à la gouvernance,
- inclure des représentants des usagers au sein du comité stratégique,
- lancer les projets médicaux de 2° génération, avec un nombre plus restreint de filières, et des thèmes transversaux majeurs (proximité, qualité, sécurité, continuité des soins...)
- concevoir des documents contractuels avec les acteurs locaux : CPTS, établissements médico-sociaux explicitant les procédures de prise en charge des patients,
- développer des méthodologies d'évaluation des GHT.

Références législatives et réglementaires :

Textes législatifs :

- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en particulier son article 107,
- Ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018
- Ordonnance 2018- 1125 du 12 décembre 2018
- Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (JO 26 juillet 2019)

Codifiés sous les articles L 6132-1 à L 6132-7 du code de la santé publique (CSP)

Textes réglementaires :

- Décret du 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT (JO du 29 avril 2016)
 - 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,
 - Décret 2019-405 du 2 mai 2019 (JO du 4 mai) : concerne la participation des hôpitaux des armées aux GHT
 - Instruction interministérielle 2017/163 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des GHT,
- Codifiés sous les articles R 6132-1 à R 6132-24, et R 6146-9-3 CSP*

Autres

- 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

EMS : établissement médico-social

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