



**Directeur d'Établissements Sanitaires,
Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

**Enjeux et perspectives dans la
construction des Groupements Hospitaliers
de Territoire (GHT)**

**Éléments de réflexion à partir de l'exemple du
GHT Vosges**

Pascale PEIFFER

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Monsieur Mathieu ROCHER, directeur de la communauté d'établissements de Saint-Dié-des-Vosges, directeur par intérim du centre hospitalier de Remiremont et administrateur provisoire du centre hospitalier d'Epinal, pour l'accueil qui m'a été réservé lors de mon stage, la richesse de nos échanges et l'accompagnement qui m'a permis de « grandir » ;
- Madame Sophie VOIRIN, mon maître de stage, pour sa patience, sa disponibilité et son soutien dans les moments d'incertitude ;
- L'équipe de direction du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges qui m'a intégrée et associée à de nombreux projets.

Mes remerciements s'adressent également à :

- L'ensemble des directeurs et des présidents de CME des établissements de santé des Vosges, pour la confiance qu'ils m'ont accordé dans cette grande aventure que sont les GHT ;
- Tous les professionnels, administratifs et soignants, qui de loin ou de près ont contribué, chacun à leur mesure, à l'aboutissement des projets ;
- Monsieur Michel LOUAZEL, Responsable Mastère spécialisé « management en santé » à l'EHESP, pour m'avoir accompagnée dans ce travail de rédaction et m'avoir délivré de précieux conseils.

S o m m a i r e

Introduction.....	1
1 Définir le territoire du GHT, une logique de construction qui procède nécessairement de la confrontation de plusieurs approches.....	6
1.1 Les fondements de la notion de territoire dans le secteur de la santé : de la définition juridique à la construction de ce nouvel espace	6
1.1.1 Le « territoire », une notion étroitement liée à l’histoire de la planification sanitaire en France	6
A) La carte sanitaire, un premier découpage administratif du territoire.....	7
B) Le territoire de santé, une conception élargie intégrant la notion de soins gradués	8
1.1.2 Une construction à géométrie variable	10
A) Une question traitée de manière différenciée par les régions dans la mise en place des différents SROS	10
B) Une construction orientée vers l’action et les projets, en Lorraine.....	12
1.2 Le périmètre du GHT : La recherche d’un équilibre entre deux approches	13
1.2.1 La prise en compte des besoins de la population à l’échelle locale.....	14
A) L’évaluation des besoins de santé, un préalable à la définition des périmètres.....	14
B) L’exercice du droit à la santé , une priorité	15
1.2.2 La cohérence des actions menées entre les acteurs de santé et l’échelon territorial qui en découle	17
A) La prise en compte des dynamiques de coopérations et de restructurations en cours	17
B) La reconnaissance de la spécificité des établissements partie au groupement	19
2 Le choix d’un modèle cible d’organisation, une logique d’acteurs à replacer dans son contexte.....	21
2.1 L’intérêt à coopérer, une juxtaposition de logiques.....	21
2.1.1 La vulnérabilité, un moteur de coopération partagé par les acteurs	21
A) Les difficultés liées à la démographie médicale	22
B) La vulnérabilité économique, une réalité partagée par les centres hospitaliers	23
2.1.2 Des intentions stratégiques animées par des contextes ou des inquiétudes catégorielles	25
A) Le double positionnement du CHU	25
B) Les ex-hôpitaux locaux, des stratégies identitaires en lien avec leur ancrage territorial	26

2.2	Un contexte qui place les acteurs en situation d'incertitude.....	28
2.2.1	Un engagement des acteurs sans « garanties »	29
A)	Une conception intégrative qui laisse planer le spectre de la fusion	29
B)	Une mise en interdépendance génératrice de coûts ?.....	30
2.2.2	La convention constitutive, un processus transactionnel conduit dans un contexte d'urgence	31
A)	Un cadre réglementaire qui soulève de nombreuses questions.....	32
B)	Une construction prise dans des temporalités opposées	33
3	De la coopération « prescrite » à la coopération « construite », l'intérêt d'une approche co-constructive, préalable à la concrétisation du système d'action.....	35
3.1	Le diagnostic territorial, une confrontation autour d'un enjeu collectif, celui de l'élaboration du Projet Médical Partagé	35
3.1.1	Un outil pour appréhender le territoire	35
A)	La mise en perspective des besoins et des moyens disponibles sur le territoire.....	35
B)	Le travail de recomposition du système d'acteurs	37
3.1.2	Un instigateur du changement	40
A)	La détermination des orientations stratégiques.....	40
B)	Les configurations stratégiques pour définir le périmètre	42
3.2	La symétrie des relations au travers des engagements, un processus de co- construction.....	44
3.2.1	La recherche de convergence	44
A)	Les conditions facilitatrices dans le processus de co-construction.....	44
B)	L'affirmation des principes communs	45
3.2.2	L'élaboration du compromis formalisé dans la convention constitutive	46
A)	Le choix d'un modèle de gouvernance	47
B)	Sa formalisation dans la convention constitutive.....	48
	Conclusion.....	50
	Bibliographie.....	52
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AJ	Accueil de Jour
ALCA	Alsace-Lorraine-Champagne-Ardennes
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente
ARH	Agence Régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHT	Communautés Hospitalières de Territoire
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COFIL	Comité de Pilotage
CPN	Centre Psychothérapique de Nancy
CSP	Code de la Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département de l'Information Médicale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAD	Equipes Spécialisées Alzheimer A Domicile
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
ICL	Institut de Cancérologie de Lorraine
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMP	Projet Médical Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS	Projet Régional de Santé
SIH	Système d'Information Hospitalier
SRoS	Schéma Régional d'organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TCM	Taux Comparatif de Mortalité
T2A	Tarifcation A l'Activité
TSP	Territoire de Santé de Proximité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Depuis la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, la restructuration de l'offre de soins n'a cessé d'être à l'ordre du jour des réformes de santé, sous l'émergence de nouvelles contraintes économiques et démographiques.

Cette volonté des pouvoirs publics « *de poursuivre l'adaptation et la recomposition de l'offre de soins en renouvelant et en améliorant les outils de restructuration et de planification* » (Couty, 2009, :249) s'est traduite par la mise à disposition des établissements de santé de dix-neuf supports juridiques différents¹ destinés à répartir les ressources, à permettre le financement et la gestion mutualisée des investissements et à favoriser la maîtrise des dépenses de santé.

Initialement issus d'autres secteurs d'activités que celui de la santé, ce n'est qu'en 1996² que le législateur élaborera des outils spécifiquement dédiés à la coopération hospitalière, avec la création des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), suivie en 2009 des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)³.

Au fil des réformes, la coopération hospitalière est peu à peu devenue un levier de décloisonnement, que ce soit entre le secteur public et privé ou entre le secteur sanitaire et médico-social, avant de s'orienter finalement, avec la loi de modernisation de notre système de santé,⁴ vers une « logique de groupe ».

C'est ainsi qu'en créant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), au 1^{er} juillet 2016, la loi de modernisation marque un véritable tournant dans la politique de régionalisation du système de santé, conduite par les Agences Régionales de Santé (ARS). En effet, au-delà du caractère désormais obligatoire de la coopération, qui traduit une accélération du processus de restructuration de l'offre hospitalière, c'est la dimension territoriale qui devient, aujourd'hui, « *intrinsèquement attachée à la coopération hospitalière* »⁵, comme l'indique l'intitulé du chapitre V portant la création des GHT : « *Ancrer l'hôpital dans son territoire* ».

Dès lors l'enjeu territorial de ce nouvel outil juridique, dépourvu de personnalité morale et qui succède aux CHT, devient majeur en dessinant les contours d'un groupe public chargé d'élaborer le Projet Médical Partagé (PMP) à l'échelle du territoire.

Intégré à la convention constitutive, le PMP repose sur une logique de prise en charge graduée des parcours de soins, à travers la mise en place de filières organisées entre les établissements parties au groupement. A côté de ces établissements, la loi a prévu la possibilité pour d'autres acteurs institutionnels de participer à l'élaboration du PMP.

¹ Cour des comptes, septembre 2011, « Chapitre IX, les coopérations hospitalières », *in* rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011, pp. 262

² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³ Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵ KELLER.C, LOUAZEL M., février 2016, « Coopération hospitalière et territoire », *Les cahiers de la fonction publique*, numéro 363, pp.40-43

C'est notamment le cas des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), des établissements publics de santé mentale, des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), des établissements de santé privés et dans certains cas, des hôpitaux des armées, qui peuvent être associés par le biais de conventions.

Parallèlement, plusieurs activités et fonctions visées par la loi⁶, dont certaines constituent un « socle minimal obligatoire »⁷, engagent les établissements parties au groupement dans une démarche de mutualisation, sans pour autant apporter un éclairage suffisant sur les questions juridiques liées à cette mutualisation.

A titre d'exemple, bien que le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire précise dans ses articles R. 6132-15 à 6132-19 le périmètre de la mutualisation ainsi que son pilotage, la question de la délégation de compétences introduite dans la loi et par conséquent, du transfert du risque financier et judiciaire sur l'établissement support, reste en suspens.

C'est dans ce contexte, que le 25 février 2016, douze périmètres (**Annexe 1**) ont été préfigurés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sur la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne (ALCA), le département des Vosges correspondant au périmètre n°8.

L'offre hospitalière du département est composée de 14 établissements publics de santé : quatre Centres Hospitaliers autorisés pour les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), un Centre Hospitalier de proximité et neuf ex-hôpitaux locaux, répartis sur les quatre territoires de santé de proximité que constituent l'Ouest Vosgien, le centre Vosges, Remiremont et ses Vallées et la Déodatie. Chaque territoire comprend un centre hospitalier et un ou plusieurs ex-hôpitaux locaux, dont un seul établissement conserve encore aujourd'hui des lits de médecine (**Annexe 1**).

Ces établissements publics de santé sont engagés depuis plusieurs années dans de nombreuses coopérations, qui relèvent soit d'une démarche de recomposition de l'offre de soins, soit d'une organisation de territoire bâtie sur des liens conventionnels et organiques.

⁶ Article L.6132-3.-I du code de la santé publique :

« L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) convergent ;

2° La gestion d'un Département de l'Information Médicale (DIM) de territoire ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu ».

II.- 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 ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

III.- Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle...les activités de biologie médicale ».

⁷ Projet de loi relatif à la santé, 14 octobre 2014, étude d'impact, disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/content/download/7221/.../ei_sante_cm_15.10.2014.pdf

Il convient de souligner que ces coopérations concernent principalement les établissements d'un même territoire de santé de proximité, tandis que les coopérations transversales sont peu développées, en raison notamment de la configuration géographique du département et de son réseau routier, peu performant dans le sens est-ouest.

Les flux de patients, en direction des établissements de recours, sont orientés dans l'axe sud-nord (**Annexe 2**). Ils suivent les trois principaux axes routiers qui desservent le territoire et le relie au département de la Meurthe et Moselle, sur lequel se situent le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL). Les établissements de santé des Vosges, autorisés en MCO, entretiennent avec ces structures des partenariats, formalisés dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire, dénommé GCS Sud Lorrain.

Porté par le CHRU de Nancy, ce groupement de coopération, créé le 6 janvier 2006, comprend aujourd'hui onze établissements parmi ses membres (**Annexe 3**). Il a pour objet, en dehors de la mutualisation des moyens de « *formaliser l'organisation territoriale des soins dans un projet médical coordonné au sein du groupement, établissant les complémentarités et les mutualisations sur la base de chaque projet médical des établissements membres* »⁸.

Conçu à l'échelle d'un territoire élargi, le périmètre du GCS Sud Lorrain n'a cependant pas été retenu dans la préfiguration des GHT.

Aujourd'hui, ses adhérents sont répartis entre le GHT 7, qui comprend le CHRU de Nancy, et le GHT Vosges.

Autre particularité du découpage territorial, l'établissement de santé mentale de Ravenel, situé à Mirecourt dans les Vosges, a été intégré au GHT 7 (**Annexe 3**), probablement en raison de la Direction commune existante entre l'établissement et le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN).

Un contexte qui nous amène à la question suivante : **comment, dans un délai contraint et alors que subsistent des zones d'incertitudes, amener des établissements autonomes à coopérer autour d'un objectif commun ?**

La réponse à cette question nécessite, en premier lieu, d'apporter un éclairage sur le concept de coopération.

Si le terme vient de l'association de la racine *operare* et du suffixe *co*, c'est-à-dire travailler ensemble, l'Encyclopédie Universalis précise cette notion de travail conjoint par « *le fait pour une personne, de s'adonner **consciemment** à une **activité complémentaire de celles d'autres personnes** dans le cadre d'une **finalité commune**, dans un groupe donné* ».

A travers cette définition, ce sont les « mécanismes générateurs » de la coopération qui sont posés, le premier étant l'intention qui guide la coopération.

En effet, si travailler ensemble semble être un principe pour les professionnels de santé, autant qu'une nécessité pour les organisations, il convient de se rendre à l'évidence que dans la pratique la coopération est loin d'être un phénomène naturel, comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport de 2011. En précisant que « *l'existence de conventions ne garantit pas l'effectivité des coopérations* », elle met en exergue le fait que la coopération ne résulte pas de procédures formelles, mais bien plus d'une intention consciente et délibérée.

⁸ GCS Sud Lorrain, janvier 2006, article 2-Objet, *in* convention constitutive

Le deuxième mécanisme concerne la causalité finale, en d'autres termes, le partage des objectifs. Buckley & Casson (1988) proposent deux acceptions de la notion, la coopération comme moyen et la coopération comme fin.

Dans le premier cas, la coopération est un moyen d'accéder à certaines ressources détenues par l'autre partie, dans le second cas, elle est recherchée comme une fin en soi et se construit dans la réalisation d'une mission ou d'un projet commun.

Le troisième mécanisme concerne la complémentarité entre les acteurs. Pour Emile Durkheim, la coopération entre les individus suppose qu'ils dépendent mutuellement les uns des autres et la division du travail est source de coopération : « *La coopération ne va pas sans la division du travail. Coopérer, en effet, c'est se partager une tâche commune [...] ⁹* ». On ne peut donc parler de coopération que s'il y a spécialisation fonctionnelle et complémentarité entre les membres du groupe. Par conséquent, chercher à coopérer, c'est repérer en amont s'il existe des coopérations possibles, autrement dit des formes de complémentarité qui peuvent aboutir à un gain mutuel.

Enfin, la coopération ne peut exister sans un engagement entre les parties. Formalisé au travers d'un accord explicite ou implicite, cet engagement repose nécessairement sur la notion de confiance, résultant soit de relations antérieures, soit de l'apprentissage de la relation ou de l'expérience acquise à travers la construction de règles et de normes communes. De ce fait, la coopération s'apparente à un processus en construction permanente, basé sur la réciprocité des rapports.

Cette définition de la coopération, en offrant une grille de lecture sur les dimensions constitutives des pratiques coopératives, permet de s'interroger, dans le cas particulier des Groupements Hospitaliers de Territoire, sur **les composantes nécessaires à la définition d'un cadre d'action, ainsi que leur influence sur les résultats attendus.**

L'objectif de ce travail étant, à travers l'exemple du GHT Vosges, d'apporter un éclairage sur le processus de construction de la coopération inter hospitalière, en identifiant les éléments de réflexion qui ont présidé à sa définition, à savoir :

- **Quel périmètre pour le GHT ?**
- **Quel modèle cible pour l'organisation du GHT ?**
- **Quels leviers d'actions mobilisables pour l'atteinte des objectifs ?**

La première partie est donc consacrée à l'analyse du cadre de réflexion qui a précédé la définition du périmètre du GHT, pour aborder ensuite, la question de l'intérêt à agir, qui guide le choix des acteurs dans le choix du modèle de coopération.

Enfin, la troisième partie est consacrée à travers le modèle du GHT Vosges, à la discussion autour de la méthode mise en œuvre et plus particulièrement de son influence sur l'engagement des établissements parties au groupement.

⁹ DURKHEIM E., 1930, *De la division du travail social*, (1^{re} éd., 1893), Paris, Puf, 1930., collection « Quadrige », 2007

La démarche d'investigation

La démarche, en tant que coordinateur du GHT, est orientée vers la consultation de documents, l'animation d'un Comité de Pilotage réunissant l'ensemble des Directeurs et des Présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME) des établissements de santé des Vosges et la participation à différentes réunions, telles que les réunions institutionnelles, les réunions d'accompagnement programmées par l'ARS, la réunion d'information organisée avec le collectif des usagers ainsi que la réunion organisée par la délégation régionale de la Fédération Hospitalière de France (FHF), sur l'état d'avancement des GHT de la région Grand Est.

De même, dans le cadre de l'élaboration des orientations stratégiques du projet Médical Partagé, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des directeurs et des présidents de CME des établissements de santé.

Chaque réunion et chaque entretien ont fait l'objet d'un relevé de conclusions. Les informations recueillies ont été analysées sur la base d'une grille de lecture du processus de coopération intégrant les notions d'intention, de complémentarité et de finalité.

Au total, ce sont 27 personnes qui ont été rencontrées, soit 18 professionnels de santé (directeurs, directeurs adjoints, directrices des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), présidents de CME, praticiens hospitaliers), 2 représentants du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS), 5 élus dont 3 députés, les membres de la Délégation Territoriale de l'ARS, dont la responsable.

1 Définir le territoire du GHT, une logique de construction qui procède nécessairement de la confrontation de plusieurs approches

Introduite par la loi du 31 décembre 1970, la notion de territoire dans le domaine de la santé, à savoir son appréhension à partir des réalités spatiales, s'est imposée peu à peu, invitant l'hôpital à s'inscrire dans cette nouvelle géographie. Dès lors, la question de la délimitation des territoires de santé n'a cessé de faire débat.

Cadre d'une projection institutionnelle ou expression du pouvoir administratif, le territoire, en tant qu'espace « *emboîté dans un ensemble d'autres espaces qu'il influence et qui l'influencent réciproquement*¹⁰ » évolue.

Après un rappel historique de la planification sanitaire en France et des différentes méthodes utilisées par les régions pour dessiner les contours de ces nouveaux territoires de santé, nous identifierons les éléments retenus par les acteurs dans la conceptualisation de ce nouvel espace de coopération, que constitue les Groupements Hospitaliers de Territoire.

1.1 Les fondements de la notion de territoire dans le secteur de la santé : de la définition juridique à la construction de ce nouvel espace

Communément défini comme « *une étendue de surface terrestre sur laquelle vit un groupe humain ou une étendue de pays sur laquelle s'exerce une autorité, une juridiction*¹¹ », le territoire demeure une notion complexe et un concept aux limites variables, comme le démontrent la diversité des approches et les multiples découpages géographiques qui ont accompagné la territorialisation de la santé.

1.1.1 Le « territoire », une notion étroitement liée à l'histoire de la planification sanitaire en France

Inscrite dans la loi de 2009, comme étant « *le premier niveau du découpage géographique qui couvre le champ de compétences des Agences régionales de Santé et où se décline leur politique régionale de santé*¹² », la notion de territoire n'a cessé d'évoluer depuis la loi hospitalière de 1970.

¹⁰ LELOUP F., MOYART L., PECQUEUR B., avril 2005, « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie, société*, n°7, pp. 321-332, disponible sur internet : www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2005-4-page-321.html

¹¹ Dictionnaire Larousse

¹² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

A) La carte sanitaire, un premier découpage administratif du territoire

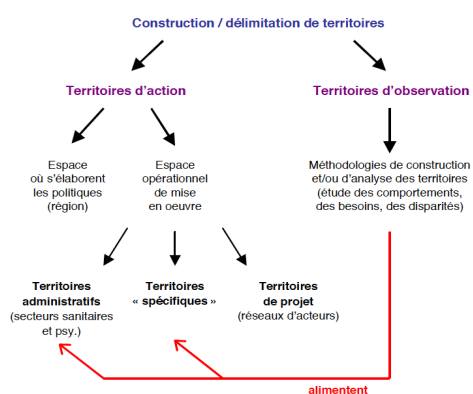
Si la notion de « territoire » a été posée dès 1960 pour la psychiatrie, avec l'apparition du principe de sectorisation, il faudra attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 créant le service public et instaurant la carte sanitaire pour que la planification hospitalière ait ses territoires officiels. En identifiant deux zonages, que sont le secteur sanitaire et la région, et en fixant les indices de besoins pour chacun de ces niveaux, la loi crée ainsi les conditions d'une planification volontariste de l'espace¹³.

En 1974, le territoire est alors divisé en 256 secteurs sanitaires répartis en 21 régions, la logique de ce découpage visant à équilibrer les équipements hospitaliers sur l'ensemble du territoire français.

Ce n'est que vingt ans plus tard, avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, que le territoire régional deviendra l'échelon de référence.

Le secteur sanitaire est alors complété par un deuxième outil de planification, le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), défini à partir « d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte-tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative de l'offre de soins existante¹⁴ ». Conçus pour une durée de cinq ans, les SROS présentent une dimension prospective avec des objectifs qui intègrent dorénavant le contexte spécifique de chaque région. Les SROS de première génération (SROS 1), appliqués entre 1992 et 1996, seront l'occasion de revoir le découpage de certains secteurs sanitaires, résultant le plus souvent « d'un compromis entre géographie humaine et contraintes administratives et politiques¹⁵ ».

Certaines régions associeront les géographes de la santé aux réflexions territoriales. D'autres utiliseront certaines de leurs méthodes, notamment pour clarifier la manière dont peut être utilisé le territoire, en distinguant les « territoires d'action » et les « territoires d'observation », par analogie aux « territoires de pouvoir » et aux « territoires de savoir »¹⁶. (Cf. schéma ci-contre)



D'après le rapport « Territoire et accès aux soins », CREDES, 2003.

¹³ VIGNERON E., BRAU F., 1996, « Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes », Cahiers Géos, n°32, pp. 1-4.

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 LUCAS V., TONNELIER F., 1996, « La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux », in Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes, pp. 5-17.

¹⁶ CREDES, janvier 2003, « Territoires et accès aux soins », 89p., disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

Dès lors, les territoires d'observation joueront un rôle important dans la compréhension des acteurs sur le fonctionnement des territoires d'action et dans le redécoupage des secteurs sanitaires, certaines régions utilisant de nouveaux concepts, comme les zones d'emploi ou les zones d'attraction hospitalière, pour redéfinir les périmètres.

Parallèlement, sous l'impulsion des SROS de deuxième génération (SROS 2) élaborés par les ARH, de nouveaux territoires feront peu à peu leur apparition, résultant de découpages infra-sectoriels, inscrits en complémentarité avec les secteurs de santé.

Six régions utiliseront entre autre la notion de « bassins de santé », définis par E. VIGNERON comme étant « *une partie du territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes*¹⁷ ». Ces découpages, nommés territoires « spécifiques » poursuivront plusieurs objectifs, tels que l'observation de certaines activités (bassins de naissance ou de chirurgie) ou le rapprochement et la coopération entre les établissements de santé (pôles de coopération). En 2000, pour les recours en MCO, le territoire sera alors doté de 470 bassins de médecine, 500 bassins de chirurgie et 470 bassins de gynécologie-obstétrique.

C'est dans ce contexte, que l'ordonnance du 4 septembre 2003 viendra apporter de profondes modifications, dans une approche jugée jusque-là trop quantitative et en inadéquation avec des besoins de santé par natures évolutifs.

B) Le territoire de santé, une conception élargie intégrant la notion de soins gradués

Avec l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, c'est une conception plus souple du « territoire » qui sera développée dans le cadre des SROS de troisième génération (SROS 3). La carte sanitaire est supprimée, tandis que le territoire de santé devient le nouveau territoire pertinent de l'organisation des soins.

La psychiatrie qui, jusque-là, faisait l'objet d'une planification et d'un découpage géographique spécifiques est alors intégrée au SROS général, invitant les établissements psychiatriques à participer dorénavant, avec les autres établissements de santé du territoire, à la prise en charge de la santé mentale.

Enfin, le cadre d'action entre les disciplines et entre les niveaux de soins est élargi à l'espace infrarégional, régional, interrégional ou national.

Bien que la notion de territoire de santé soit citée dans l'ordonnance du 4 septembre 2003, aucune définition juridique ne figure cependant dans les textes, chaque région étant invitée à le définir en fonction de ses besoins.

¹⁷ VIGNERON E., décembre 1999, « Les bassins de santé : concept et construction » in Santé publique et aménagement du territoire, adsp, n° 29, pp. 38-42.

Seule, la circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3 apporte quelques précisions en indiquant que les territoires de santé doivent être « *des territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives* ».

En insistant sur la prise en compte de la dimension territoriale, l'ordonnance du 4 septembre 2003 marque une évolution importante dans la conception de l'espace, qui de simple contenant devient un véritable outil de structuration de l'offre de soins. Dès lors, le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins, modulable selon l'activité et organisée en cinq niveaux de soins emboîtés et hiérarchisés¹⁸.

- ✓ Le niveau de « proximité » est le niveau des soins de premiers recours, celui de la permanence des soins impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien. Il correspond en règle générale aux bassins de vie ;
- ✓ Le niveau « intermédiaire » est structuré autour de la médecine polyvalente et correspond au premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique (imagerie conventionnelle) ;
- ✓ Le niveau de « recours » dispense des soins spécialisés et correspond à la desserte du bassin hospitalier. Ce niveau couvre l'ancien secteur sanitaire ;
- ✓ Le niveau « régional » correspond aux prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux ainsi qu'aux disciplines liées à la recherche et à la formation (CHU et Centre de lutte contre le cancer).
- ✓ Le niveau « inter-régional » est réservé aux activités hautement spécialisées, telles que la prise en charge des grands brûlés ou les greffes.

C'est dans ce nouveau contexte que les régions seront incitées à repenser le territoire et son découpage, dans un paysage rendu complexe par la multiplication et l'imbrication des différentes échelles.

Jusqu'à présent centré sur l'hôpital, le territoire sera finalement élargi au domaine de la santé publique et au secteur médico-social, dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Dès lors, le territoire de santé deviendra le territoire légal de référence. Les ARS seront chargées de définir de nouveaux territoires de santé sur la base de plusieurs critères, dont « *l'intégration de l'offre de services et son accessibilité (distance d'accès, temps), la prise en compte des pratiques spatiales de la population ou encore la cohérence avec les autres politiques publiques (politique de la ville, cohésion sociale, éducation...)* »¹⁹.

¹⁸ COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., mai 2008, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », IRDES, 29p.

¹⁹ COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., avril 2012, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », Questions d'économie de la santé, n°175, disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>.

1.1.2 Une construction à géométrie variable

- A) Une question traitée de manière différenciée par les régions dans la mise en place des différents SROS

Malgré la consigne donnée en 2004 par le Ministère, « d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires », un tiers des régions préféreront stabiliser les découpages opérés lors des SROS de première génération, le secteur sanitaire étant le plus souvent considéré comme le territoire de référence pour les acteurs et pour les élus.

Ce fût le cas des régions Centre et Limousin, à dominante rurale, dont le périmètre correspondant au département a été maintenu ainsi que la Bretagne, qui a souhaité consolider la réflexion menée dans le cadre du SROS 2.

D'autres régions, comme la Picardie et la Lorraine, ont simplement cherché à regrouper les secteurs précédents, afin de créer des territoires d'une masse critique suffisante pour satisfaire aux exigences de qualité, de sécurité des soins et d'attractivité pour les professionnels.

Enfin, les régions Ile-de-France et Midi-Pyrénées ont fait le choix de maintenir partiellement leur précédent découpage en secteurs sanitaires, l'ARH Ile-de-France ayant pris le parti « *dans un souci de continuité, de maintenir pour l'essentiel le découpage antérieur et de procéder au regroupement de certains bassins²⁰* ».

Parmi les régions qui ont cherché à redécouper leur territoire, différentes approches ont été privilégiées :

- ✓ Six régions ont analysé les flux de recours aux établissements de santé à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Certaines d'entre elles y ont associé la viabilité des plateaux techniques par le biais de seuils *minima* de population par territoire (80 000 habitants en Pays-de-Loire) ou d'activité.
D'autres, comme la Bourgogne et la Franche-Comté ont mêlé approche scientifique et pragmatique, en associant à leur réflexion les différents acteurs de santé.
Enfin, tandis que certaines régions ont privilégié la définition d'un territoire de santé unique pour l'ensemble des activités de soins afin de garantir une cohérence territoriale, d'autres, comme les régions Rhône-Alpes, Pays-de Loire et Basse-Normandie, ont segmenté les flux selon les disciplines, les pathologies ou les niveaux de soins.

²⁰ COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., mai 2008, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », IRDES, 29p.

- ✓ Cinq régions ont utilisé les méthodes mixtes articulant les flux hospitaliers observés avec les bassins de vie ou les zones d'emploi²¹.
- ✓ Trois régions ont privilégié la prise en compte de la médecine ambulatoire dans le découpage territorial, en mesurant les flux vers les établissements de santé et vers la médecine de ville²².

Enfin, avec la loi HPST du 21 juillet 2009 et l'élargissement du champ d'application des SROS à l'offre de soins ambulatoire, à la prévention et à l'organisation médico-sociale, la plupart des ARS ont choisi de réduire le nombre de territoires de santé, augmentant ainsi leur taille (Cf. tableau de synthèse ci-dessous).

	Nombre total de territoires de santé	Population moyenne des territoires (nombre d'habitants)	Moyenne basse (nombre d'habitants)	Moyenne haute (nombre d'habitants)
SROS 3	159	374 000	28 000	1,3 million
Sros-PRS	108	605 000	77 000	2 millions

Tableau n°1 : Tableau de synthèse établi à partir des données issues de l'étude menée par l'IRDES sur les territoires de santé, de mai 2008

Cette reconfiguration s'est traduite pour douze régions sur vingt-six par un découpage départemental, la transversalité sanitaire/médico-sociale étant mise en avant pour justifier ce choix.

Quatre régions ont privilégié le regroupement de départements ou la région comme niveau de gestion de l'offre de soins, tandis que neuf autres ont opté pour d'autres niveaux de découpage, comme le regroupement d'intercommunalités. Le choix de ces régions ayant été dicté, soit par la recherche de cohérence avec d'autres « territoires », soit par l'existence de spécificités géographiques, sociales et culturelles fortes ou d'une structuration historique de l'offre de soins.

Enfin, d'autres régions ont simplement modifié à la marge les territoires de santé définis dans les SROS 3. On citera à titre d'exemple la Bretagne et l'Alsace, pour lesquelles les territoires ont été redéfinis de façon marginale au niveau des frontières, afin de prendre en compte l'évolution des flux des patients, de la consommation des soins et des données démographiques²³.

²¹ La Haute-Normandie, l'Auvergne, le Languedoc-Roussillon, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse

²² L'Alsace, le Poitou-Charentes et l'Aquitaine

²³ CREDES, janvier 2003, « *Territoires et accès aux soins* », 89p., disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

B) Une construction orientée vers l'action et les projets, en
Lorraine

Avant la mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance de 2003, la Lorraine comptait quatre secteurs sanitaires (Nord, Nord-Est, Centre et Sud), eux-mêmes subdivisés en quatorze bassins de santé.

Ces secteurs, bien que respectant les limites régionales s'étendaient pour la plupart sur plusieurs départements.

Dans le cadre de la réflexion menée autour de la création des territoires de santé, plusieurs diagnostics préparatoires ont été réalisés par l'ARH de Lorraine.

Parmi ces travaux, une étude basée sur l'étude des flux des séjours hospitaliers réalisée sur l'année 2002²⁴ a permis d'évaluer la pertinence du découpage des secteurs sanitaires et d'identifier les bassins de fréquentation des lieux de santé.

C'est ainsi que par l'analyse de l'activité hospitalière portant sur les soins de proximité et les soins spécialisés, l'attractivité des secteurs sanitaires de la région a pu être identifiée, mettant en évidence des situations variables selon les secteurs. Ces différences s'expliquent pour la plupart du fait de la répartition de la population dans l'espace régional et de l'attraction plus importante des pôles de santé représentés par le CHRU de Nancy et le CHR de Metz.

De même, le pourcentage des séjours concernant des patients venant d'autres régions ou de zones frontalières ainsi que les séjours consommés par les Lorrains hors des limites régionales ont pu être objectivés. La région la plus attractive restant l'Alsace, qui, en 2002, recensait à elle seule plus de la moitié des séjours de patients en provenance de la Moselle ou des Vosges.

Enfin, pour localiser l'activité hospitalière, 43 lieux de soins ont été identifiés en rattachant chaque établissement à une commune.

Cette simulation, en retenant le seuil de 20% d'attraction des séjours a permis d'élaborer des bassins de fréquentation et de constater deux effets :

- ✓ La disparition de certains pôles d'attraction secondaire par incorporation à des pôles d'attraction plus puissants, notamment pour Briey absorbé par le pôle du CHR de Metz ;
- ✓ L'existence de zones de discordance entre les bassins de fréquentation et les secteurs sanitaires, comme pour la zone de Contrexéville attirée par Neufchâteau ou l'attraction de Sarrebourg exercée sur le secteur Centre.

L'observation des flux des séjours hospitaliers a donc permis de conforter le découpage des secteurs sanitaires, jugés globalement satisfaisant, en laissant toutefois entrevoir la possibilité d'y apporter quelques aménagements.

Sur ces recommandations, l'ARS, en septembre 2010, a redéfini les territoires de santé, en amont de la construction de la nouvelle politique régionale de santé mise en œuvre dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).

²⁴ INSEE, mars 2005, « Territoires de santé en Lorraine : pour une nouvelle organisation sanitaire », n° 22, disponible sur internet : <http://www.insee.fr/lorraine>

Quatre territoires de santé, correspondants aux périmètres des quatre départements lorrains (la Meuse, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle et les Vosges), ont été retenus, en « *cohérence avec l'action des partenaires de l'ARS, particulièrement les collectivités territoriales, les conseils généraux dans le champ médico-social et les Préfets de département pour la veille et la sécurité sanitaire* »²⁵.

D'autres niveaux de déclinaison territoriale destinés à structurer l'offre de soins ont également été définis, tels que les territoires de santé de proximité, les territoires d'observation et le recours régional.

En Lorraine, les territoires de santé de proximité correspondent au Bassin de Services Intermédiaires (BSI).

Au nombre de vingt, ils constituent la porte d'entrée dans le système de santé en tant « *qu'espaces de déclinaison des soins de premiers recours, des réponses médico-sociales des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie et des actions de promotion de la santé et de prévention* » (**Annexe 4**).

Le recours régional est quant à lui structuré autour du sillon lorrain. Il concentre les activités de soins spécialisés ainsi que les activités médico-sociales en tant que centre de ressources autour du CHRU de Nancy et du CHR de Metz.

Enfin, les territoires d'observation, issus du découpage territorial du SROS 3, ont été conservés en tant qu'espaces d'observation et d'expérimentation de certaines actions médico-sociales, de prévention et de promotion de la santé.

Ainsi, depuis 2003, le concept de « territoire » dans la planification sanitaire n'a cessé d'évoluer. L'expertise technique a permis d'intégrer les habitudes de vie et les déplacements de la population à la définition des zonages, participant ainsi à la création de nouvelles approches.

Aujourd'hui, face à de nouvelles contraintes et de nouveaux besoins, la loi de modernisation de notre système de santé, en imposant la création des GHT, contraint les établissements de santé, à travers l'élaboration du Projet Médical Partagé, à définir le cadre territorial dans lequel ils doivent s'associer.

1.2 Le périmètre du GHT : La recherche d'un équilibre entre deux approches

Consacré par la loi, le Projet Médical Partagé devient aujourd'hui l'élément structurant, dont découle le périmètre du GHT.

Dès lors, la question de la « bonne taille » se pose nécessairement pour les établissements de santé, amenés à s'organiser sur un territoire. En dehors de la précision apportée sur la signature d'une convention d'association entre l'établissement support et le centre hospitalier universitaire, la loi reste silencieuse sur les contours du GHT, ainsi que sur la méthodologie d'élaboration du Projet Médical Partagé.

²⁵ ARS de Lorraine, décembre 2012, « La définition des territoires de santé », Synthèse du PRS Lorrain 2012-2017, pp.16, disponible sur internet : www.ars.sante.lorraine.fr

Cependant, en introduisant la notion de prise en charge graduée des patients, elle ouvre le débat en laissant aux acteurs la possibilité d'aborder différemment la question du territoire, selon que l'on se place du point de vue des patients ou de celui des organisations. Dès lors, deux axes de réflexion apparaissent, celui du « territoire de proximité » où devrait se trouver la question des besoins des patients et celui du « territoire de projets » appuyée sur l'initiative des acteurs.

1.2.1 La prise en compte des besoins de la population à l'échelle locale

Au cœur et en amont de toute réflexion devrait se trouver la question des besoins des patients, besoins de qui ? besoins de quoi ?

Penser le rôle et la place des acteurs à travers la notion de territoire nécessite au préalable de connaître les besoins de la population, ne serait-ce que pour en mesurer la différence avec les besoins moyens de la région et y apporter des réponses adaptées.

A) L'évaluation des besoins de santé, un préalable à la définition des périmètres

Aujourd'hui, tandis que l'hôpital doit faire face à un défi majeur, celui du maintien dans leur milieu de vie des personnes souffrant de pathologies chroniques et des personnes dépendantes ou à risque de dépendance, l'urgence réside dans la construction d'une offre de soins, centrée sur la prise en charge du patient et de ses besoins.

L'attention portée au territoire doit donc être envisagée au-delà du seul critère de gestion de l'offre de soins, ce qui signifie pour les acteurs de comprendre le territoire, son organisation et ses spécificités.

Introduite par l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui précise dans son article 5 que « *le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales [...]* », la notion de « besoins de santé » constitue un élément déterminant du Projet Médical Partagé.

Pour autant, définie par de nombreux auteurs comme étant l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité, la notion de besoins de santé renvoie à la définition même de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à savoir, un état de complet bien-être physique, mental et social. Or, cette conception élargie de la santé aboutit à définir de multiples besoins, difficilement appréhendables par les professionnels, d'autant plus qu'ils dépendent de nombreux autres déterminants, comme l'environnement, la condition sociale... L'exercice, de ce fait, peut s'avérer complexe à tous les points de vue.

S'il n'existe pas de méthode unique, l'approche par les besoins de soins (Healthcare need) constitue une réponse pragmatique à la complexité de l'évaluation des besoins de santé, en conjuguant l'usage des indicateurs sociodémographiques et des statistiques, basés sur la consommation de soins.

En dépassant les seuls indicateurs strictement liés à la santé tels que la mortalité, pour englober une multitude d'autres indicateurs, elle contribue à dessiner un profil de territoire et renseigne sur la façon dont les questions de santé doivent y être abordées.

Elle permet de cibler les zones fragiles et les personnes concernées et offre la possibilité non seulement d'envisager la réponse aux besoins identifiés mais également de déterminer si cette réponse doit être ou non strictement sanitaire.

L'élaboration du Projet Médical Partagé suppose donc de conduire une « *analyse des besoins qui ne se limite pas à une simple photographie des consommations actuelles de soins*²⁶ ».

Car si la stratégie territoriale repose sur une approche centrée sur la prise en charge du patient, elle dépend avant tout de la capacité qu'auront les acteurs à mettre en place un cadre territorial opérationnel, en lien avec sa population.

B) L'exercice du droit à la santé²⁷, une priorité

Au-delà de la notion de besoins de santé, la taille du GHT doit également permettre l'exercice du droit à la santé, ce qui signifie que l'offre de soins soit disponible et accessible. Organisées en cinq niveaux, les activités de proximité correspondent logiquement aux trois premiers niveaux désignés par la circulaire du 5 mars 2004, à savoir le niveau de proximité qui n'est pas hospitalier, le premier niveau dit intermédiaire, et le second niveau dit de recours.

Une étude des niveaux de sévérité des séjours décrits dans le PMSI, sur l'année 2014, a permis d'identifier que les activités de proximité représentent en moyenne 89% des séjours chirurgicaux, 70% des séjours de médecine et 98% des séjours d'obstétrique et de néonatalogie²⁸. Bien que ces résultats ne constituent qu'une indication, les pourcentages obtenus signifient qu'une importante partie des parcours des patients relève aujourd'hui de ce que Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas appellent « *les activités hospitalières de proximité* ».

²⁶ HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire*, Paris : la documentation française, 52 p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

²⁷ « *L'exercice du droit à la santé suppose la disponibilité, laquelle pour être effective suppose que l'offre soit accessible, ce qui suppose à son tour une proximité de fait ou organisée par la mise en place de moyens de transports adaptés* », Conseil économique et social de l'ONU, 2000, observation générale n°14.

²⁸ HAAS S., VIGNERON E., mars 2016, « *L'amélioration de l'accessibilité aux soins* », *Gestions hospitalières*, n°554, disponible sur internet : <http://www.gestions-hospitalieres.fr/fr/article/lamelioration-de-laccessibilite-aux-soins>.

De ce fait, les activités hospitalières réalisées par les deux premiers niveaux, à savoir les urgences, la médecine polyvalente et spécialisée, la chirurgie autre que la chirurgie hyperspécialisée, l'obstétrique, l'imagerie, la psychiatrie, le SSR, l'HAD et les soins de longue durée, formeraient le contenu de l'offre du GHT.

Pour autant, si certaines réponses peuvent se concevoir à l'échelle du territoire de proximité, d'autres comme la transplantation ou la prise en charge des grands brûlés nécessitent des réponses spécifiques, conçues à l'échelle régionale voire inter-régionale. Construire un GHT uniquement à l'échelle du territoire de proximité ferait, par conséquent, courir le risque de faire échouer l'objectif de gradation des soins.

De ce fait, la logique voudrait que le territoire du GHT soit organisé sur des niveaux imbriqués, pour répondre à des besoins exprimés à différentes échelles.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, de nombreuses études démontrent que l'état de santé des populations est directement lié à l'accès effectif au système de soins.

Plus que les distances physiques, ce sont les distances d'accès réels aux services de soins qui conditionnent leur potentiel d'utilisation, la distance-temps demeurant le principal facteur discriminant.

A ce sujet, la littérature scientifique a permis d'établir qu'au-delà de quarante-cinq minutes à une heure de trajet, la distance exerce un effet dissuasif sur la consommation des soins hospitaliers.

C'est sur la base de ces recommandations et de l'étude des flux de patients que les 157 Groupements Hospitaliers de Territoire ont été préfigurés par les ARS, à partir de simulations assurant à 84% de la population française la possibilité d'accéder en moins de quarante-cinq minutes à un établissement de santé.

Un constat qui confirme la nécessaire prise en compte, dans le choix du périmètre du GHT, de l'homogénéité des comportements de la population en référence aux pratiques spatiales, de même que le déplacement des équipes territoriales amenées à travailler entre les différents établissements.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que les questions de santé s'articulent avec d'autres découpages territoriaux. En effet, au-delà des professionnels du champ sanitaire et social, la construction des territoires intéresse également les élus locaux.

Bien que le principe de la clause générale de compétence²⁹ ait été supprimé par la loi du 7 août 2015, la territorialisation des politiques de santé et plus particulièrement la mise en place des GHT comporte des enjeux vis-à-vis desquels la majorité des élus justifient leur intervention en rappelant que « *la santé est une préoccupation majeure de la population et une responsabilité sociale des élus*³⁰ ».

²⁹ La clause générale de compétence signifie qu'il est accordé à la collectivité qui en est bénéficiaire une capacité d'intervention générale, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une énumération de ses attributions. Elle repose sur les "affaires de la collectivité" ou l'intérêt public local. Découlant de la loi municipale de 1884, la clause de compétence générale avait été en partie supprimée par la réforme du 16 décembre 2010, puis restaurée au profit des départements et des régions par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles. La loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) la supprime à nouveau pour les départements et les régions, y substituant des compétences précises confiées par la loi à ces deux collectivités.

³⁰ Extrait du relevé de conclusions du conseil de surveillance du 21 juin 2016 du centre hospitalier de St Dié des Vosges.

Si cette préoccupation peut se traduire dans les faits par des approches différenciées du degré de proximité et du partage de responsabilité proposé³¹, l'appropriation de ces enjeux doit cependant donner lieu aujourd'hui à des modes d'intervention concertés entre les élus et les acteurs de santé, afin d'inscrire ces questions dans un cadre territorial élargi. Ceci, d'autant qu'il existe un lien étroit entre l'offre de soins et la problématique générale d'aménagement du territoire, notamment en matière d'accessibilité et d'attractivité des professionnels de santé, dont l'installation est aujourd'hui de plus en plus influencée par la qualité des services proposés par le territoire.

1.2.2 La cohérence des actions menées entre les acteurs de santé et l'échelon territorial qui en découle

Si le périmètre du GHT doit permettre à chaque patient de « *bénéficier du meilleur soin, au meilleur endroit et au meilleur moment*³² », il ne devrait pas pour autant venir percuter les coopérations existantes, comme les CHT ou les directions communes, dès lors qu'elles définissent un territoire cohérent, ni par ailleurs être un obstacle aux restructurations en cours.

A) La prise en compte des dynamiques de coopérations et de restructurations en cours

Au regard du nombre de dispositifs de coopérations intégrées, il apparaît globalement, que très peu ont finalement été saisis par les établissements, comme l'indique la mission Groupements Hospitaliers de Territoire, dans son rapport intermédiaire.

Notamment, les fusions sont restées limitées avec une moyenne de 5 à 6 fusions par an sur les 17 dernières années, tandis que le nombre de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) est resté particulièrement faible avec 45 CHT, à l'automne 2014.

Par ailleurs, le rapport indique qu'il existe des variations d'un territoire à l'autre, voire d'un établissement à l'autre, « *certaines régions étant entièrement maillées en CHT, tandis que d'autres en sont dénuées* ». La région Lorraine, quant à elle, fait partie des régions ayant connu une forte activité de fusions. Dans les Vosges notamment, le secteur hospitalier est inscrit depuis une dizaine d'années dans un long processus de restructuration, comme en témoigne le tableau récapitulatif ci-dessous.

³¹ Dans les Vosges, les élus s'accordent sur la nécessité de conserver les activités de proximité. Toutefois, cette recommandation formulée par les Présidents des Conseils de Surveillance se traduit par des approches différenciées dans la définition du périmètre du GHT Vosges, certains préconisant l'échelle du département en réponse aux besoins de santé, tandis que d'autres privilégient le cadre interdépartemental en lien avec le GHT7 et le CHRU de Nancy.

³² HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire*, Paris : la documentation française, 52 p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

Type d'établissement	Type de coopérations	Etablissements concernés
CH	Fusions d'établissements	Neufchâteau/Vittel Epinal/Golbey
Ex-hôpitaux locaux		Le Thillot/Bussang Raon l'Etape/Senones (en cours)
Ex-hôpitaux locaux et CH	Directions communes	Lamarche/Val du Madon Bruyères/Rambervillers CH de St Dié des Vosges/Senones/Fraize/Raon l'Etape/Gérardmer (communauté d'établissements)
CH	CHT	Epinal/Remiremont

De manière générale, les études consacrées aux fusions d'entreprises dressent un bilan en demi-teinte de ces opérations, du fait « *qu'un nombre significatif de fusions échouent et que dans une proportion plus large encore, la fusion ne semble pas avoir substantiellement amélioré la situation du nouvel ensemble, par rapport aux autres entreprises du secteur*³³ ». De même, le bilan des CHT reste globalement décevant, n'ayant pas permis d'actionner les leviers nécessaires à la mise en œuvre effective des Projets Médicaux Partagés. Quant aux Groupements de Coopération Sanitaire (CGS) érigés en établissement de santé, ceux-ci ont été également fortement critiqués par les acteurs en raison notamment de la lourdeur de gestion qu'ils entraînent.

A l'inverse, les outils de coopération, tels que les directions communes, qui se différencient des autres formules juridiques par une grande souplesse du cadre contractuel, ou les GCS de moyens, pour la mise en œuvre d'activités ou de fonctions mutualisées, ont été plus largement utilisés par les établissements de santé,³⁴.

De même, parce que le territoire, c'est aussi « *une communauté, une histoire, des personnes qui travaillent ensemble pour trouver une prise en charge pérenne et sécurisée*³⁵ », de nombreuses coopérations formalisées par le biais de conventions de mise à disposition ou de partenariat ont été mises en œuvre. Ces coopérations ont permis d'apporter certaines réponses pour améliorer la prise en charge de la population, comme les consultations avancées, le repérage des situations complexes ou la mise en œuvre d'action de prévention.

Aujourd'hui, la création des GHT et le remodelage de l'échelle territoriale qui en découle présente un risque, celui de détruire les coopérations existantes.

³³ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., et al., mars 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* », Inspection Générale des affaires sociales, 273p., disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr> > RAPPORTS PUBLICS > Santé > 2012

³⁴ C'est notamment le cas dans les Vosges où le GCS « Le Kemberg », situé à Saint Dié, regroupe aujourd'hui de nombreux établissements autour de la fonction linge, de la gestion des déchets d'activités de soins et de la formation des aides-soignants.

³⁵ MARTINEAU F., extrait du 99^e congrès des maires de France, Paris, du 31 mai au 2 juin 2016.

A ce sujet, les acteurs s'accordent sur la nécessité de respecter ce qui se fait sur le terrain et de « *ne pas casser ce qui marche bien*³⁶ ». La dynamique du GHT ne devant pas venir percuter les dynamiques locales, ni être un obstacle aux restructurations en cours³⁷, plusieurs chemins d'intégration s'imposent.

B) La reconnaissance de la spécificité des établissements partie au groupement

L'instruction DGOS du 17 juillet 2014, relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux, a rappelé l'importance de ces établissements dans l'offre de soins, en précisant notamment leur rôle dans les parcours des patients.

En lien avec les généralistes, ils constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de proximité, en particulier en gériatrie, et contribuent à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux.

De par leur expertise dans la pratique des problématiques et des réponses organisationnelles, dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et du médico-social, ils offrent une réponse cohérente au problème des « *bed blockers*³⁸ », tout en étant souvent à l'origine de projets pertinents pour les personnes âgées³⁹. Leur territoire correspond donc au « *territoire de proximité* », sur lequel ils constituent, par le biais des liens étroits qu'ils entretiennent avec le secteur libéral, le maillon indispensable à l'intégration du GHT à la vie de la cité. Il en est de même pour les centres hospitaliers généraux, dont la spécialisation repose sur la maîtrise de techniques diagnostiques ou thérapeutiques.

Invités à « *développer une stratégie d'ouverture, de coopération et de prendre une position de coordinateur, de facilitateur, d'être le cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité*⁴⁰ », ces établissements doivent non seulement être des hôpitaux de recours mais également des établissements de proximité, capables de répondre aux besoins de santé du bassin de population qu'ils desservent.

³⁶ HUBERT J., 2016, « La mise en place des GHT n'est pas une nouvelle réorganisation hospitalière », in *Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, disponible sur internet : www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.

³⁷ Extrait de la discussion autour de la mise en œuvre des GHT, lors de la visite à St Dié de la délégation nationale de la FHF, le 2 juin 2016.

³⁸ L'expression « *bed blocker* » désigne une personne dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais ne permet pas non plus son retour à domicile. Faute de solution, notamment d'aval, elle demeure le plus souvent hospitalisée, sans pour autant qu'il y ait besoins de soins techniques, ce qui contribue non seulement à augmenter la Durée Moyenne de Séjour mais également à promouvoir un état de « *dépendance iatrogénique* ».

³⁹ En 2014, un projet médical Gériatrique, piloté par le directeur des ex-hôpitaux et la coordinatrice du CLIC de la Plaine des Vosges, a été élaboré. Il rassemble aujourd'hui les centres hospitaliers de Neufchâteau et Vittel et les établissements de santé du Val du Madon et de Lamarche autour du parcours de la personne âgée. Il a permis notamment la création d'une équipe mobile gériatrique et la mutualisation de temps médicaux entre les établissements.

⁴⁰ SCOTTON C., COUTY E., mars 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », 76p., disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>

Quant aux CHU, la nouvelle loi de santé les incite à concevoir leur politique de santé, en collaboration avec les autres établissements de leur territoire, à une échelle régionale, voire inter-régionale.

En tant qu'établissement partie ou associé à une convention de GHT, ils coordonnent notamment les missions d'enseignement des professionnels médicaux, de recherche et de gestion de la démographie médicale⁴¹ et doivent répondre aujourd'hui à une double attente, celle de la proximité et de l'excellence des soins.

Dans ces conditions, définir le périmètre du GHT en lien avec l'intégralité du parcours patient semble pertinent, compte-tenu du fait que le CHU constitue le dernier recours, dans la hiérarchie des établissements de santé.

Dès lors, la question : être ou ne pas être dans le GHT du CHU ? se pose pour les établissements du GHT qui ne comptent pas d'établissement hospitalo-universitaire parmi leurs membres et qui se trouvent sur un territoire contigu, comme c'est le cas du GHT Vosges. Une question d'autant plus importante dans un contexte de pénurie médicale, alors que le statut d'établissement associé emporte un engagement de nature moins intégrative que celui d'établissement partie au groupement, avec le risque toutefois, d'aboutir à un territoire hétérogène, n'ayant pas la même identité, la même patientèle, ni les mêmes priorités.

De ces éléments de réflexion, il en résulte que différentes configurations peuvent être envisagées dans la construction des GHT, chaque territoire devant trouver le meilleur équilibre, selon sa géographie, la structure de son offre ou son niveau de maturité⁴².

Bien qu'il n'existe pas une seule méthode, ni un seul découpage qui s'imposent, la définition des territoires doit cependant obéir à deux logiques : la proximité et la qualité, dans le respect de la spécificité de chaque établissement.

Si une place particulière doit être aujourd'hui accordée au territoire de proximité, il est probablement nécessaire de construire, par étapes, des territoires de mutualisation à partir d'une approche privilégiant l'emboîtement de « territoires associés », à la condition toutefois, de les considérer comme des espaces ouverts, nourris par des relations, dont les limites évoluent en fonction de la dynamique commune qui les rassemble.

⁴¹ Les missions des CHU sont mentionnées au IV de l'article L.6132-3 de la loi de modernisation de notre système de santé. Elles concernent :

- 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, dans une logique de filière et de gradation des prises en charge.

⁴² Le retour d'expérience entre les GHT de la région ALCA fait émerger des territoires dont le niveau de maturité varie sensiblement, certains étant beaucoup plus avancés que d'autres en termes de coopération. Il existe notamment sur ces territoires, depuis plusieurs années, des objectifs communs entre les établissements de santé, aujourd'hui formalisés dans le Projet Médical Partagé du GHT.

2 Le choix d'un modèle cible d'organisation, une logique d'acteurs à replacer dans son contexte

Parler du territoire, ce n'est pas seulement limiter la discussion à son périmètre, sa raison d'être tenant avant tout de l'intention qui préside à sa mise en place. Les acteurs qui participent à sa construction peuvent avoir des mobiles très divers pour se regrouper, en vue d'un avantage dont chaque membre espère être bénéficiaire. Par conséquent, réussir le pari de la coopération nécessite en premier lieu d'interroger les logiques qui participent à la construction de sens et à la définition des finalités communes, ainsi que les facteurs qui peuvent constituer un frein à l'engagement des acteurs dans le rapport coopératif. Ainsi, nous verrons que, si la nécessité de disposer de ressources complémentaires pousse les acteurs à se rapprocher, les intentions qui président à la mise en mouvement varient en fonction de l'objectif recherché et du contexte dans lequel elles se construisent.

2.1 L'intérêt à coopérer, une juxtaposition de logiques

Si le point d'entrée des acteurs dans une démarche de coopération est en général lié à l'identification de problèmes communs, la résolution de ces problèmes à travers le choix d'un modèle coopératif fait appel à une juxtaposition de logiques, intégrant la nécessité de développer des stratégies visant à être performant individuellement, tout en s'inscrivant dans une organisation territoriale⁴³.

2.1.1 La vulnérabilité, un moteur de coopération partagé par les acteurs

Aujourd'hui, les difficultés des établissements de proximité sont largement documentées. La faible activité ne permet plus le financement de recrues en nombre suffisant pour conserver les postes attractifs⁴⁴ alors qu'au même moment, la pénurie de certaines disciplines médicales ne permet pas d'assurer les gardes et astreintes pour les disciplines impliquées dans la permanence des soins⁴⁵. Dans un contexte de restructuration et de redimensionnement de l'offre, ce sont en premier lieu ces difficultés qui engagent les établissements dans une réflexion sur les coopérations. Elles constituent un levier pour inciter aux discussions et à la mobilisation des acteurs, situés à des positions différentes, mais qui pour autant se sentent concernés par le même problème à résoudre.

⁴³ NOBRE T., février 2013, « Coopération hospitalière : articuler stratégie d'établissement/optimum global », *Gestions hospitalières*, n°523, pp.117-119.

⁴⁴ VALLENCIEN G., 2006, Rapport pour la ministre de la santé : « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », pp.77, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

⁴⁵ Etat des lieux, réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital et présidé par G. LARCHER, 2007.

A) Les difficultés liées à la démographie médicale

Selon la théorie de la dépendance envers les ressources, la survie et la réussite d'une organisation dépendent de sa capacité à acquérir et maintenir les ressources qui lui sont essentielles⁴⁶. Pour les établissements de santé, quelles que soient leurs spécialités, la question de l'accès aux ressources médicales constitue un véritable enjeu, d'autant plus que les projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur la démographie médicale à l'horizon 2030 restent pessimistes pour l'ensemble du territoire.

En effet, à l'exception des pôles urbains avec CHU, pour lesquels le nombre de médecins devrait augmenter de 5,5%, les zones rurales connaîtront vraisemblablement, dans les années à venir, une diminution de l'ordre de 25,1%, tandis que les couronnes périurbaines et les pôles urbains sans CHU représenteront respectivement une baisse de 5% et de 6,2%⁴⁷.

Les difficultés rencontrées par les établissements de santé relèvent essentiellement des disciplines concernées par les plateaux techniques, qui nécessitent le plus souvent une organisation de la permanence des soins sur plusieurs spécialités. En effet, pour garantir au patient l'accès 24h/24 et 7 jours sur 7 à l'ensemble des disciplines chirurgicales sur un territoire, dans les conditions de sécurité et de qualité, l'organisation de la permanence des soins hospitaliers doit porter sur plusieurs spécialités obligatoires et nécessaires pour les urgences, à savoir la chirurgie viscérale, orthopédique et gynéco-obstétrique ainsi que l'imagerie et la biologie médicale.

Les centres hospitaliers de petite taille expliquent le plus souvent ces difficultés par le manque d'attractivité du bassin de vie de l'hôpital, représenté par l'éloignement des grandes villes ou la faiblesse des réseaux de transports publics, le manque de visibilité sur l'avenir de l'établissement, la faiblesse du plateau technique ou encore la taille des équipes, qui implique de nombreuses gardes ou astreintes⁴⁸.

Ces difficultés se traduisent la plupart du temps par un recours massif et coûteux à l'intérim médical ou aux ressources étrangères⁴⁹, soit pour combler les postes non pourvus, soit pour assurer la permanence des soins⁵⁰.

Cette problématique est également partagée par les ex-hôpitaux locaux, où la participation des médecins libéraux constitue un élément essentiel de leur fonctionnement et de leur pérennité.

⁴⁶ PFEFFER J., SALANCIK G., novembre 2009, « La dépendance des ressources est stratégique », éditions EMS, 19 p.

⁴⁷ ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., février 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », in Etudes et Résultats, DREES, n°679, p.6

⁴⁸ ROUTELOUS C., VEDEL I., LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management et avenir*, n°47, p. 147-164.

⁴⁹ Dans les Vosges, plus de 50% des nouveaux médecins inscrits, contre 15% en Meurthe-et-Moselle, sont détenteurs d'un diplôme européen ou extra-européen.

⁵⁰ CASH R., mai 2015, « Etablissements isolés, établissements de proximité : quelles sont les difficultés ? quelles sont les perspectives ? » in Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? *Finances hospitalières*, n°91, p.27-31.

Or, l'augmentation de la moyenne d'âge et l'impact attendu des départs à la retraite, sur certains territoires, laissent entrevoir à court terme de réelles difficultés dans le fonctionnement de ces établissements⁵¹.

Dans ce contexte, la question de l'accès aux ressources médicales est aujourd'hui au cœur des stratégies d'alliance. La raréfaction des moyens humains ayant un impact direct sur la permanence des soins⁵², les établissements de santé sont aujourd'hui fortement incités à mettre en place des organisations à l'échelle du territoire, telles que les « équipes médicales de territoire »⁵³. Si la meilleure stratégie pour diminuer la dépendance envers les ressources externes consiste à les absorber, cette stratégie d'acquisition est aujourd'hui difficile, voire impossible à mettre en œuvre pour les établissements de petite taille, alors qu'une intégration partielle peut suffire⁵⁴. Fondée en priorité sur les besoins de mutualisation, la coopération territoriale se présente alors, pour les établissements de santé, comme étant une solution au maintien d'une offre de proximité, pour des secteurs fragilisés.

B) La vulnérabilité économique, une réalité partagée par les centres hospitaliers

La Tarification A l'Activité (T2A) a fortement modifié les règles de l'équilibre économique, conférant aux volumes et à la maîtrise des charges fixes une importance considérable. Les ressources étant indexées en grande partie sur sa performance, l'activité et l'attractivité des établissements sont devenus des critères décisifs à la survie des structures⁵⁵.

D'autant que la concentration de l'offre privée, sur certains territoires, constitue un puissant facteur de déstabilisation pour les établissements périphériques, notamment sur l'offre de chirurgie, qui s'en trouve parfois réduite à une « chirurgie d'urgence ».

⁵¹ Dans les Vosges, les effets attendus des départs à la retraite auront des conséquences importantes sur les bassins de vie de Rambervillers, Bruyères et Lamarche où la proportion de médecins âgés de plus de 55 ans représente actuellement 54% des professionnels libéraux en exercice.

⁵² Erigée par la loi HPST de 2009 en mission de service public, la permanence des soins est une obligation pour tous les établissements de santé.

⁵³ Article R. 6146-9-3. -I. du CSP, « *Les établissements parties à un Groupement Hospitalier de Territoire peuvent créer des pôles interétablissements d'activité clinique ou médico-technique. Le chef de pôle inter établissement à autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter établissement. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité [...] ».*

⁵⁴ ROUTELOUS C., VEDEL I., LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management et avenir*, n°47, p. 147-164.

⁵⁵ Les seuils de compétitivité correspondant à un volume d'activité permettant d'amortir un plateau technique retenus par la FHF sont de 4000 interventions par an, chirurgie ambulatoire comprise et de 1000 accouchements par an.

En France, on estime le nombre d'établissements dont la taille ne permet pas de soutenir l'activité à plus d'une centaine⁵⁶.

La T2A a donc eu pour effet de doter le « territoire d'action » des établissements d'un enjeu stratégique, en les obligeant désormais à se positionner comme offreurs de soins en situation de concurrence⁵⁷. La création de ce système concurrentiel, renforcé par l'évolution des modes de régulation des activités de soins, les contraint aujourd'hui à interroger leur positionnement et leur stratégie, pour accomplir aux mieux leurs missions.

Désormais, il se n'agit pas seulement de s'organiser pour répondre aux besoins de santé, mais de poursuivre l'effort engagé sur la mutualisation des plateaux techniques communs⁵⁸ ou des fonctions logistiques, comme la fonction achat, dont le principal enjeu est d'optimiser le coût de la chaîne d'approvisionnement.

Dans ce contexte, les établissements ayant des spécialisations complémentaires ont une forte incitation à mettre en place une coopération, soit sous une forme intégrative, aboutissant à la fusion des établissements, soit sous la forme d'une mise en réseau de soins.

Ce mode de coopération répond à la définition classique de l'alliance stratégique, qui suppose que les organisations partenaires poursuivent des objectifs communs, tout en gardant leur autonomie stratégique et en conservant les intérêts qui leurs sont propres⁵⁹.

En définitive, la vulnérabilité des établissements de santé face à l'inégal accès aux ressources médicales et aux contraintes liées à leur financement constitue un moteur à la coopération d'autant plus puissant que chacun des membres ne possède pas seul les ressources et les compétences nécessaires pour assurer son avenir.

La difficulté réside toutefois dans la capacité à favoriser, en dépit du contexte de concurrence-coopération dans lequel se trouvent les établissements, une organisation qui permette des arrangements inscrits dans la durée et dans une logique « gagnant-gagnant », alors que l'interdépendance des acteurs reste fondée sur des intentions stratégiques qui leur sont propres⁶⁰.

⁵⁶ L'atlas hospitalier et médico-social, de 2007, de la Fédération Hospitalière de France (FHF), qualifiait de vulnérables plus de 240 établissements pratiquant la chirurgie et/ou l'obstétrique.

⁵⁷ ROUTELOUS C., VEDEL I., LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management et avenir*, n°47, p. 147-164.

⁵⁸ Article R. 6132-19. Du CSP : « Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :
« 1° Constituer un pôle interétablissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ;
« 2° Constituer, en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 6222-4 ».

⁵⁹ GARRETTE B., DUSSAUGE P., 1995, *Les stratégies d'alliance*, Paris, Les éditions d'organisation, p.27.

⁶⁰ Freiberg (1993) conçoit l'organisation comme un lieu, non pas de cohérence et d'unité, mais où les acteurs possèdent des cadres de référence différents, voire opposés et où l'action collective répond à 3 prémisses organisationnelles :

- La notion d'acteurs stratégiques, qui présume que les comportements des acteurs sont dictés par des intérêts personnels ou professionnels
- La contingence des acteurs, qui prévoit l'existence d'un système local d'action comprenant des contraintes telles que des règles
- Le pouvoir

2.1.2 Des intentions stratégiques animées par des contextes ou des inquiétudes catégorielles

Chaque type d'établissement cherche avant tout à développer sa propre stratégie en fonction de sa taille, des opportunités dont il dispose et de son environnement. Si les centres hospitaliers ont pu développer une vision territoriale élargie, en raison des activités de SSR ou d'EHPAD dont ils disposent, et de ce fait, comprendre l'intérêt d'une valorisation des ressources territoriales existantes⁶¹, les CHU et les ex-hôpitaux locaux occupent aujourd'hui une place particulière dans le paysage sanitaire, qui conditionne leurs stratégies d'alliance et de développement.

A) Le double positionnement du CHU

Créés par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les CHU représentent 17% des capacités publiques et privées d'hospitalisation complète et 12% des places d'hospitalisation à temps partiel. Leur activité comptabilise 2,4 millions de séjours réalisés en hospitalisation complète, 18,4 millions de consultations externes et 3,5 millions de passages aux urgences⁶². Ils se différencient des autres établissements de soins par leur activité de recherche et d'enseignement qu'ils coordonnent à l'échelle régionale, voire interrégionale. Leur activité de soins est quant à elle peu différente des autres établissements publics de santé, les actes pratiqués uniquement dans les CHU ne dépassant pas 10% des séjours et les patients classés dans les niveaux faibles de sévérité représentant 90% de leur activité.

Sur le plan financier, bien que la situation globale tende à s'améliorer depuis 2010, le montant des déficits, sur cette même année, s'établissait à 291,7 M€, plusieurs établissements affichant un niveau de déficit élevé, notamment l'AP-HP, Caen, HCL, Nancy, Metz-Thionville, AP-HM et Grenoble⁶³.

Un constat qui les contraint aujourd'hui à un délicat positionnement, celui d'assurer les missions d'enseignement et de recherche à l'échelle régionale, tout en proposant une offre de soins de proximité, afin d'assurer leur pérennité financière.

En effet, soumis aux effets de la T2A et à l'accélération du processus de concentration du secteur privé lucratif au sein de grands groupes nationaux ou locaux régionaux⁶⁴, les CHU se retrouvent aujourd'hui à devoir développer leur attractivité au cœur des territoires de proximité, s'inscrivant ainsi dans une dynamique concurrentielle avec les établissements de santé périphériques.

⁶¹ DELAS A., avril 2011, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques », in Hérodote, *Santé publique et territoires*, La découverte, 105p. Disponible sur internet : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=HER_143_0089

⁶² Conférence des directeurs généraux de CHU, chiffres clés des CHU ; mars 2011.

⁶³ COUR DES COMPTES, septembre 2011, « Chapitre VIII, le financement des centres hospitaliers universitaires (CHU) », in rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011, pp.229-257.

⁶⁴ KELLER K., LOUAZEL M., 2016, « Entre concurrence et coopération : un « effet bloc » des incitations réglementaires sur les relations entre établissements de santé ? », in Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis, Paris : Presses des Mines, pp. 207-208.

Dès lors, plusieurs stratégies s'offrent à eux, celle d'accroître leur part de marché (coopération horizontale), de maîtriser l'ensemble de la filière de production (coopération verticale), de diversifier les activités, ou encore de mettre en œuvre des synergies permettant de dégager des économies d'échelles.

Bien que le mot d'ordre des GHT soit la complémentarité entre les établissements de santé publics et que de nombreuses études aient démontré la pertinence des coopérations inter-hospitalières, l'idée de construire un partenariat avec le CHU ne fait pourtant pas toujours l'unanimité des acteurs de santé.

Certains voient dans ce partenariat « *la possibilité de faire face au risque de paupérisation et de relancer l'activité et l'attractivité, la priorité étant aujourd'hui la qualité des recrutements médicaux et l'image positive que l'établissement peut retirer d'une association avec le CHU*⁶⁵ ».

D'autres en revanche, voient dans la démarche du CHU un risque pour les activités de proximité, celui-ci venant recruter des patients, pour se renforcer à leur détriment, créant ainsi un « partenariat vertical⁶⁶ » où « *les établissements de proximité deviendront de simples fournisseurs du CHU*⁶⁷ ».

Enfin, certains professionnels, redoutent que l'association avec un CHU n'aboutisse à des regroupements d'activités, voire à des fermetures d'activités dans les établissements de proximité, convaincus que si la coopération peut permettre de dégager des économies d'échelles, ces effets ne peuvent être obtenus qu'au prix de réorganisations majeures.

Un constat qui renvoie au thème de la dissymétrie entre alliés, exploré dans les recherches sur le management des coopérations interentreprises, où la concurrence entre les entreprises peut prendre une autre forme : celle de « *la rivalité entre alliés, au sein même de l'alliance* ». Cette rivalité peut alors se traduire par des intentions « agressives », comme la volonté de débaucher certaines ressources clés, ou le chantage⁶⁸.

B) Les ex-hôpitaux locaux, des stratégies identitaires en lien avec leur ancrage territorial

Aux côtés des centres hospitaliers généraux, les ex-hôpitaux locaux représentent près de 320 établissements publics de santé. Comptabilisant 13 000 lits de sanitaire et 46 000 places de médico-sociales, ils assurent environ 3% de l'activité en médecine et 15% en SSR⁶⁹. Ils se différencient des autres centres hospitaliers de par l'absence de plateaux techniques et leur fonctionnement médical atypique, majoritairement libéral.

⁶⁵ Extrait du relevé de conclusions de la CME de ST Dié des Vosges du 31 mai 2016.

⁶⁶ CAZIN.L., 2016, « Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ? in *Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, pp 175-194.

⁶⁷ Extrait du relevé de conclusions relatif aux entretiens avec les présidents de CME

⁶⁸ GARRETTE B., 1989, « Actifs spécifiques et coopération : une analyse des stratégies d'alliance » in *Revue d'économie industrielle*, Volume 50, N°1, pp.19.

⁶⁹ COUR DES COMPTES, septembre 2013, « *Chapitre XI, l'avenir des hôpitaux locaux* », in rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2013, pp.309-332.

Leur présence sur le territoire est inégalement répartie, puisque près de 27% des départements n'en ont pas ou n'en compte qu'un seul. Le département des Vosges, qui en compte 11 sur son territoire, représente le deuxième département après l'Ardèche à disposer du plus grand nombre d'établissements de ce type. 63% d'entre eux sont implantés dans des bassins de vie à dominante rurale, dont un quart en zones de montagne.

Sur le plan financier, bien que le nombre d'hôpitaux déficitaires augmente, leur situation reste globalement positive. En effet, l'analyse des comptes financiers réalisée par l'ATIH en 2010 faisait état de 237 établissements excédentaires sur les 285 établissements examinés.

Cependant, cette situation risque de fortement évoluer en 2017 en raison du basculement du financement de l'activité SSR, d'une dotation globale vers la tarification à l'activité. Un risque majeur pour les établissements disposant d'un nombre restreint de lits de SSR (inférieur à 30 lits), qui conduit les ARS à les inciter, dès à présent, à se restructurer.

A ce sujet, les ex-hôpitaux ont déjà connu plusieurs restructurations sur les 20 dernières années. Bien que leur capacité ait connu une augmentation globale de 19% sur la même période, cette croissance s'est accompagnée d'une profonde recomposition des activités. Marquée par une augmentation des places en médico-social au détriment des lits de sanitaire, la recomposition s'est également traduite par une diminution des lits de médecine au profit des lits de SSR, qui ont augmenté de 15%. L'évolution la plus forte concerne les lits de long séjour, qui ne représentent aujourd'hui plus que 12% de ceux de l'ensemble des établissements publics. De même, bien que leur représentation soit inférieure à celle des centres hospitaliers, 17% de ces structures étaient parties prenantes d'une opération de fusion, en 2010⁷⁰.

Enfin, ils entretiennent aujourd'hui un rapport particulier au territoire, étant placés en première ligne des politiques de lutte contre les inégalités territoriales de santé et devant faire face au défi du vieillissement de la population⁷¹ et des maladies chroniques.

En effet, leur capacité à offrir une offre de proximité, limitant dans certains cas le recours aux urgences, et à maintenir une présence libérale dans les zones de sous-densité médicale, en fait un acteur à part entière dans l'offre de soins graduée.

Habités à tisser généralement des liens avec les centres hospitaliers et les EHPAD de leur secteur, les ex-hôpitaux locaux ont le plus souvent une pratique de la « coopération-filière », dont la finalité première est « *la mise en œuvre d'actions volontaristes visant à développer une politique régionale sur un territoire, dans le cadre de la déclinaison du SROS*⁷² ».

⁷⁰ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., et al., mars 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* », Inspection Générale des affaires sociales, 273p., disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr> › RAPPORTS PUBLICS › Santé › 2012

⁷¹ La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2013, relevait que l'âge moyen des patients pris en charge dans les ex-hôpitaux locaux était plus élevé qu'ailleurs, les personnes de plus de 80 ans représentant 56% de la patientèle contre un peu moins d'un tiers dans les autres structures.

⁷² TASSERY M., LEHERICEY H., ARNAUD A., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales (partie1), ANAP, 92p.

Hormis la problématique médicale, notamment sur les EHPAD, leurs besoins sont centrés principalement autour de la nécessité de sécuriser le parcours patient, de faciliter la prise en charge des personnes âgées et d'assurer la qualité de cette prise en charge.

Si la création des GHT est l'occasion de faire valoir leurs atouts spécifiques et d'affirmer leur place dans les parcours de soins, s'engager dans la coopération constitue, malgré tout, pour la majorité de ces acteurs, un risque identitaire⁷³.

Aujourd'hui, la seule garantie que ces établissements puissent conserver « *leur lien avec la médecine libérale et leur place dans l'organisation des soins de premier recours* »⁷⁴ réside dans la mise en œuvre effective du principe de subsidiarité, dans le Projet Médical Partagé.

En définitive, engagés aujourd'hui dans une relation « coopérative », qui les rassemble dans une stratégie à la fois coopérative et concurrentielle, les établissements de santé sont amenés à élaborer un compromis organisationnel, vis-à-vis duquel ils espèrent également pouvoir en tirer des bénéfices individuels.

Ces différences d'intérêts, d'autant plus lorsque le versant concurrentiel de la relation ambivalente de « coopération » prévaut⁷⁵, peuvent constituer un frein à la démarche au même titre que les caractéristiques du contexte dans lequel elle se déploie.

2.2 Un contexte qui place les acteurs en situation d'incertitude

Définitivement adoptée le 17 décembre 2015 et promulguée le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système institut, dans l'article 107, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire, dont la liste, prévue au I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, est arrêtée avant le 1^{er} juillet 2016.

Les établissements auront eu moins de six mois pour élaborer la convention constitutive du GHT et s'accorder sur un modèle de gouvernance territoriale, les engageant pour une durée de dix ans⁷⁶.

Bien que la mise à disposition par la DGOS d'un « vade-mecum », résumant les principales dispositions juridiques et éclairant sur la vision du législateur, ait pu répondre à un certain nombre de questions, les délais contraints ainsi que les éléments d'incertitude laissés par le cadre juridique ont certainement influencé les acteurs dans la construction des GHT.

⁷³ Extrait du relevé de conclusions du COPIL GHT Vosges, du 8 avril 2016

⁷⁴ COLAS D., septembre-octobre 2015, « Centres hospitaliers locaux : Quelle place dans les futurs GHT ? », *Revue hospitalière de France*, n°566, pp.68-69.

⁷⁵ CAZIN.L., 2016, « Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ? in *Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, pp 192.

⁷⁶ Article R. 6132-1. –III. du CSP, « La convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans ».

2.2.1 Un engagement des acteurs sans « garanties »

Si, officiellement, le GHT est présenté comme un outil de coopération conventionnelle, différentes dispositions réglementaires en font cependant un dispositif d'intégration, laissant présager à termes une généralisation des directions communes, annonciatrices de fusions d'établissements⁷⁷.

A) Une conception intégrative qui laisse planer le spectre de la fusion

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé insistait sur la nécessité de renforcer la mutualisation de certaines activités comme les systèmes d'information, la formation initiale ou certaines fonctions support, cette mutualisation étant justifiée par la mise en œuvre du projet médical qui suppose une unicité de gestion de l'information médicale, de la qualité et de la sécurité des soins.

L'étude menée par le groupe de recherche sur l'impact des recompositions et des coopérations hospitalières, en 2014, rappelait, quant à elle, la nécessité d'aller plus avant dans les logiques de coopérations interétablissements au sein d'un même territoire, en indiquant qu'il s'agirait de « *gérer en commun certaines fonctions transversales de sorte à générer des gains d'efficience* ».

Alors qu'elle insistait sur la liberté de moyens pour organiser les projets, la coopération et la mutualisation ont évolué vers un transfert obligatoire de certaines fonctions.

Ce glissement se retrouve aujourd'hui dans la loi de modernisation de notre système de santé⁷⁸, ainsi que dans le décret d'application du 27 avril 2016⁷⁹, qui introduit la notion de délégation de compétences.

Or, ces délégations constituent des délégations de pouvoir par un transfert juridique de compétence et non une simple délégation de fonctions, comme pouvait le laisser supposer l'étude d'impact.

Bien que la DGOS soit revenue à une conception plus coopérative, et plus particulièrement sur la fonction achat, les différentes dispositions prévues dans le décret d'application interrogent sur les conséquences d'un modèle intégratif, notamment au regard du bilan des fusions, réalisé en 2012.

⁷⁷ BARBOT JM., mars 2016, « Avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalières ? », Les cahiers de la fonction publique, n°364, p.45-49.

⁷⁸ Le 2^{ème} paragraphe de l'article L.6132-2.2° du CSP prévoit les délégations d'activités limitées à celles qui sont mentionnées au II de l'article L.6132-3, à savoir, la gestion « *pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques* ».

⁷⁹ L'article R.6132-1 du CSP modifié par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire introduit la notion de délégation de compétences : « *II.- La convention détermine, dans le volet mentionné au 2° du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement déléguant sur l'établissement support du groupement* ».

En effet, dans son rapport, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) conclut que, de manière générale, les fusions restent des opérations lourdes, pour lesquelles il existe certains facteurs susceptibles de compromettre dès l'origine un rapprochement entre deux structures (un temps de trajet supérieur à 45 minutes entre les établissements, des bassins de vie trop différents, ou encore la mauvaise santé financière des établissements).

Elle précise qu'à ce titre, toutes les restructurations n'ont pas vocation à se traduire par une fusion, celle-ci devant être réservées à deux situations : lorsque « *l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'il impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement [...] ou dans le cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun des moyens qu'il soit préférable d'en unifier complètement la gouvernance*⁸⁰ ». D'autant que les résultats demeurent incertains et que les enseignements de l'expérience démontrent qu'elles sont en elles-mêmes sources de surcoûts et de dysfonctionnements.

B) Une mise en interdépendance génératrice de coûts ?

On justifie économiquement la concentration des ressources productives par la nécessité d'exploiter les rendements croissants de production et de tirer des bénéfices de la diminution des coûts unitaires.

En matière d'offre de soins, la prise en compte des « économies d'envergure », liées à la production conjointe, milite en faveur du regroupement d'activités et du partage d'équipement, permettant d'atteindre les tailles requises pour garantir l'efficacité technique de production. A ce sujet, l'étude d'impact sur les GHT annonce, dans son rapport, que « *la dynamique renforcée de la coopération devrait se traduire par des économies* ». Les efforts d'efficience attendus sont notamment évalués à environ 400 M€ sur 3 ans, 270 M€ au titre des fonctions techniques, médico-techniques, administratives et logistiques, 50 M€ au titre de la diminution du recours à l'intérim médical et 38 M€ au titre de la réduction des gardes et astreintes⁸¹.

Pourtant, les économies d'échelle dans le cadre des fusions hospitalières ont fait l'objet de nombreux travaux, portant sur l'effet volume, assimilable aux économies liées à la grande taille et l'effet de gamme, qui répond à « *l'hypothèse selon laquelle la production simultanée de plusieurs activités se traduit, s'il existe une certaine synergie entre activités, par des gains en termes de coûts*⁸² ».

L'analyse des données existantes a permis de formuler les conclusions suivantes.

Les effets d'économies d'échelle tendraient à s'inverser au-delà d'un certain seuil, que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, induisant des déséconomies d'échelle dont les CHU seraient l'illustration.

⁸⁰ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., et al., mars 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », Inspection Générale des affaires sociales, 273p., disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr> > RAPPORTS PUBLICS > Santé > 2012

⁸¹ Projet de loi relatif à la santé, octobre 2014, Etude d'impact, chapitre VI : « ancrer l'hôpital dans son territoire », disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/content/.../1/.../ei_sante_cm_15.10.2014.pdf

⁸² DE POUVOURVILLE G., MOIDSON JC., et al., 1997, « *les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français* », in Economie de la santé : Trajectoires du futur, INSEE Méthodes, pp. 244-259.

Plus précisément, les éléments médico-économiques montrent que les établissements de grande taille ne sont pas ceux dont la situation est la plus favorable, ni en termes de coûts moyens de production, ni en termes d'équilibre financier global. Bien que les chiffres doivent être pris avec précaution, le lien entre taille et santé financière pouvant être lié à d'autres phénomènes comme l'effet des MIGAC ou les différences de case-mix entre les établissements, les éléments de 2012 sur la rentabilité économique⁸³ des établissements publics de santé montrent que les taux de rentabilité les plus élevés s'observent dans les petits établissements comme les ex-hôpitaux locaux ou les petits centres hospitaliers⁸⁴.

De même, il existe des situations où le coût marginal de production d'une unité s'accroît avec le volume de production. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces phénomènes dans le domaine de la santé, en particulier, le caractère limité des ressources qui augmente leur coût d'acquisition, ou le coût des nouveaux investissements rendus nécessaires par l'augmentation de l'activité.

Enfin, les organisations de grande taille génèrent souvent de nouveaux coûts, liés à leur fonctionnement endogène, tels que les coûts de gouvernance, de gestion des systèmes d'information ou de gestion des ressources humaines, comme elles peuvent être menacées de risques particuliers liés à leur complexité (risque de bureaucratisation administrative et médicale, difficultés managériales et de conduite de projets dans un environnement complexe et sensible...)⁸⁵.

2.2.2 La convention constitutive, un processus transactionnel conduit dans un contexte d'urgence

La convention constitutive est composée de deux volets, le volet relatif au Projet Médical Partagé et le volet relatif à l'organisation et au fonctionnement du groupement⁸⁶. Elle constitue le socle juridique du GHT et définit les règles d'une « gouvernance territoriale ». Décrite comme un phénomène complexe porteur de stabilité et d'instabilité, au sein duquel des acteurs hétérogènes doivent se mobiliser autour d'un objectif commun⁸⁷, la gouvernance territoriale se caractérise par la construction d'un compromis, qui nécessite du temps et de connaître les tenants et les aboutissants pour pouvoir prendre position⁸⁸.

⁸³ La rentabilité économique correspond au niveau d'excédent ou de déficit rapporté au chiffre d'affaires.

⁸⁴ YILMAZ.E., 2012, « Situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et 2012 », Comptes nationaux de la santé, p.73-85, disponible sur internet : drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_ecl1.pdf

⁸⁵ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., et al., mars 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », Inspection Générale des affaires sociales, 273p., disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr> › RAPPORTS PUBLICS › Santé › 2012

⁸⁶ Article R. 6132-1.-I du CSP

⁸⁷ COISSARD S., PECQUEUR B., 2007, Les dynamiques territoriales : débats et enjeux des différentes approches disciplinaires, *XVIII^e colloque de l'ASRDLF*, Grenoble, Chambéry, 11-13/7/2007

⁸⁸ Extrait du relevé de conclusion du Directoire du 13 juin 2016, du CH de St-Dié des Vosges.

A) Un cadre réglementaire qui soulève de nombreuses questions

En effet, bien que des outils aient été mis à la disposition des établissements de santé, dès le mois de mai, la mise en place des règles de fonctionnement et d'organisation du groupement a soulevé un certain nombre de questions restées, pour certaines d'entre elles, jusqu'à ce jour, sans réponses. Un état de fait qui traduit bien le caractère « instable » du dispositif, pour lequel des ajustements réglementaires sont encore à prévoir.

La première interrogation, qui fait l'objet d'une attention particulière des organisations syndicales⁸⁹, est celle de l'impact de la création du GHT sur la gestion des ressources humaines. D'autant que l'article L.6143-7 du CSP⁹⁰ comporte désormais un alinéa prévoyant que le directeur de l'établissement support, « par dérogation », exerce les compétences dévolues au directeur d'établissement pour l'ensemble des activités visées à l'article L.3132-3 du CSP.

La question porte plus particulièrement sur la distinction opérée par le législateur entre « activités » et « fonctions ». Bien que plusieurs interprétations soient possibles, l'analyse du dispositif juridique laisse à penser que le pouvoir de nomination est confié au directeur de l'établissement support, par dérogation, pour les « activités » visées à l'article L. 6132-3 du CSP, à l'exception des « fonctions ».

En effet, si la dérogation s'avère inutile pour les « fonctions » déléguées en raison de l'article L. 6132-3⁹¹ qui prévoit que l'établissement support assure les fonctions pour le compte des établissements parties au groupement, elle est nécessaire sur les activités visées au II de l'article L. 6132-3 du CSP, du fait de l'absence de personnalité morale du GHT, qui interdit le recours à la mise à disposition fonctionnelle⁹².

En pratique, cela laisse supposer, en ce qui concerne les délégations de fonctions, que le directeur de l'établissement support pourrait, de manière indirecte, procéder à la suppression des emplois dans les établissements parties au groupement, notamment sur la fonction achat, s'il estime qu'il dispose en interne des ressources suffisantes pour exercer les compétences.

De même, il persiste à ce jour de nombreuses questions, d'une part sur le sujet des transferts d'activités : comment les baisses d'activités seront-elles compensées ? qui financera les charges résiduelles des fermetures d'activités, tel que le solde des amortissements ? et d'autre part, sur la gestion financière des établissements.

⁸⁹ L'interrogation laissée au niveau national quant à l'impact des GHT sur la gestion des ressources humaines a été un des arguments avancés par les organisations syndicales pour motiver soit une abstention, soit un avis défavorable, lors des CTE des établissements parties au groupement.

⁹⁰ « *Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au Groupement Hospitalier de Territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L.3132-3* ».

⁹¹ « I.- L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement ».

⁹² CHAMPENOIS G., 2016, « *délégations dans les GHT, une distinction subtile qui emporte des incidences concrètes sur la gestion des ressources humaines et l'emploi* », disponible sur internet : <https://www.houdart.org>.

En effet, devant le niveau d'endettement des hôpitaux, lié à une forte augmentation des encours des prêts moyens et longs termes, la tentation est forte pour les pouvoirs publics de mutualiser les moyens financiers. Face à la volonté de l'Inspection Générale des Finances (IGF) de « limiter le principe d'autonomie financière des hôpitaux », la FHF préconisait plutôt la mutualisation de l'excédent de trésorerie des hôpitaux⁹³. Cette proposition, reprise par la mission Groupements Hospitaliers de Territoire, dans son rapport intermédiaire, prévoyait une « solidarité de trésorerie entre établissements de santé d'un même GHT, à l'image des mécanismes de « cash pooling » que les groupes privés ont su mobiliser de longue date ». Bien qu'elle ait été censurée, pour erreur matérielle, par décision du 21 janvier 2016 du conseil constitutionnel, celle-ci n'en demeure pas moins un sujet d'inquiétude pour les établissements, d'autant plus qu'ils n'ont pas tous le même niveau de trésorerie.

B) Une construction prise dans des temporalités opposées

La loi fixe les échéances de mise en place des GHT à l'échelle nationale, en prévoyant des mesures contraignantes pour les établissements de santé n'ayant pas adhéré à Groupement Hospitalier de Territoire au 1^{er} juillet 2016.

En effet, en l'absence de transmission de la convention constitutive, au 1^{er} juillet 2016, l'article 5-II du décret du 27 avril 2016 prévoit « [...] le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés ». De même qu'il arrête la convention constitutive du groupement, ainsi que ses compétences, si celle-ci n'est pas transmise dans les deux mois suivant la notification de cette composition. Des sanctions financières liées au non-respect des obligations légales sont également prévues et conditionnées à certaines échéances. Ainsi l'attribution des dotations de Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) pourront être suspendues à compter du 1^{er} juillet 2016, pour les établissements qui ne sont pas membres d'un GHT, sauf dérogation prévue à l'article R. 6132-7⁹⁴ et à compter du 1^{er} janvier 2018 pour les activités et fonctions qui n'auront pas été mises en œuvre.

Des contraintes qui laissent a priori peu de marges de manœuvre pour les établissements de santé, déjà engagés dans de nombreux projets, alors que la réussite même d'une coopération dépend avant tout de l'engagement et de l'appropriation des acteurs.

En effet, si la gouvernance territoriale se construit nécessairement dans l'action et dans l'interrelation des acteurs, sa mise en place ne peut se faire de manière instantanée.

Parce qu'il s'agit d'un travail de co-construction « par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles⁹⁵ », elle nécessite du temps, pour que s'établisse une relation de confiance.

⁹³ BREULS DE TIECKEN L., mai 2015, « Création des GHT : incidences sur la gestion financière » in Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? *Finances hospitalières*, n°91, p.33-35

⁹⁴ « La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins ».

⁹⁵ FOUURIAT M., juin 2016, *La co-construction : Une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, p.21.

Cela suppose la participation⁹⁶ des acteurs et d'intégrer non seulement les contraintes liées à la gestion des ressources humaines et aux obligations légales, telles que la prise en compte des avis des instances, mais également la temporalité des processus délibératifs. En effet, le rythme des délibérations étant lié à la nature des enjeux, il est de ce fait difficile, voire impossible, de prévoir la durée nécessaire pour parvenir à une convergence des différents points de vue. D'autant que la contrainte temporelle et le manque de lisibilité peuvent exercer une influence sur les délibérations⁹⁷ et qu'un temps de maturation, requérant des explications pédagogiques, est souvent indispensable.

De plus, la qualité du compromis étant fonction du degré de confiance des acteurs, un temps d'apprentissage mutuel est nécessaire. En effet, la confiance mutuelle ne se décrète pas, « *c'est l'effet du temps qui permet des négociations silencieuses ouvrant sur une transformation des relations* ⁹⁸ », de même que c'est par la répétition du « jeu »⁹⁹ que se construit la relation de confiance.

⁹⁶ « On entend par [...] « participation », le fait, pour des particuliers et groupes de particuliers, d'avoir le droit, les moyens, la place, la possibilité et, si nécessaire, le soutien d'exprimer librement leurs opinions, d'être entendus et de contribuer aux prises de décision sur les affaires les concernant [...] », Conseil de l'Europe, recommandation CM/Rec (2012)2 du Comité des ministres aux Etats membres sur la participation des enfants et jeunes enfants de moins de 18 ans.

⁹⁷ « On nous demande de faire et qui plus est de nous positionner sur quelque chose qui prend la plupart du temps des mois et sans connaître véritablement les conséquences à venir ». Propos recueillis en Directoire, le 13 juin 2016.

⁹⁸ FOUURIAT M., juin 2016, *La co-construction : Une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, p.151.

⁹⁹ « La théorie des jeux est un outil d'analyse des comportements humains [...] qui permet de décrire et d'analyser de nombreuses relations économiques et sociales sous la forme de jeux stratégiques ». PENARD T., 2004, « La théorie des jeux et les outils d'analyse des comportements stratégiques », disponible sur internet : <https://perso.univ-rennes1.fr/thierry.penard/biblio/manueljeux.pdf>.

3 De la coopération « prescrite » à la coopération « construite », l'intérêt d'une approche co-constructive, préalable à la concrétisation du système d'action

La « *coopération ne se décrète pas, elle se construit* »¹⁰⁰ ce qui explique en partie que la proposition d'une démarche méthodologique susceptible de contribuer à la construction d'un projet de territoire n'est pas neutre en soi. Les paragraphes suivants visent, à travers l'exemple du GHT Vosges, à identifier comment, à partir du cadre de réflexion défini par l'ARS, les acteurs se sont appropriés le territoire et ont défini une gouvernance capable d'assurer la pérennité et la régulation de cette nouvelle organisation.

3.1 Le diagnostic territorial, une confrontation autour d'un enjeu collectif, celui de l'élaboration du Projet Médical Partagé

Pierre angulaire du dispositif, le Projet Médical Partagé a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge graduée du patient au sein du territoire, la garantie d'une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours¹⁰¹. Son élaboration comprend deux étapes : une première phase de diagnostic, qui passe inéluctablement par un inventaire et une collecte des données relatives au territoire considéré, et une phase de construction, qui associe les acteurs du territoire.

3.1.1 Un outil pour appréhender le territoire

En matière de santé, l'attention portée au territoire doit être envisagée dans sa globalité, au-delà du seul critère d'organisation et de gestion des soins. Pour cela, il est utile d'interroger plusieurs indicateurs pour comprendre comment un problème contribue à façonner le territoire dans sa composition, sa nature et ses spécificités.

A) La mise en perspective des besoins et des moyens disponibles sur le territoire

S'intéresser aux besoins de santé conduit naturellement à étudier, en premier lieu, les populations de zones géographiques bien définies, pour lesquelles il existe des données superposables.

¹⁰⁰ TASSERY M., LEHERICEY H., ARNAUD A., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales (partie1), ANAP, pp. 65.

¹⁰¹ Article R. 6132-3. -I du CSP- « *Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire* ».

Pour cela, de nombreux organismes¹⁰² fournissent les éléments qui permettent de décrire les populations et leur état de santé. Toutes ces données contribuent à se faire une idée relativement fiable de la santé de la population.

Le cadre de l'évolution sociodémographique a permis de décrire les caractéristiques de la population des Vosges, en comparaison avec l'échelle régionale ou nationale.

Plus précisément, le département des Vosges, d'environ 377 282 habitants, soit 0,6% de la population nationale¹⁰³, se caractérise par une diminution générale de la population de 0.03% par an depuis 1999, en raison d'un solde migratoire négatif des populations en âge d'étudier et de l'impact sur le taux de natalité¹⁰⁴. La proportion de personnes de plus de 60 ans est plus élevée que la moyenne régionale¹⁰⁵, avec des perspectives démographiques à l'horizon 2030 de l'ordre de 34,7%, selon le scénario médian. Les revenus sont plus faibles que le niveau régional avec des zones de pauvreté urbaine et rurale plus marquées, selon les Territoires de Santé de Proximité (TSP).

Les indicateurs de santé sont globalement défavorables et l'espérance de vie est l'une des plus faibles de France pour les hommes (76.5 ans) comme pour les femmes (83.5 ans). Le Taux Comparatif de Mortalité (TCM), avant 65 ans, dépasse de 7% la moyenne régionale¹⁰⁶, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies respiratoires, les suicides, avec une forte surmortalité entre 15-24 ans¹⁰⁷. Ce taux varie d'un TSP à l'autre selon les pathologies.

La consommation de soins, en 2014, est plus élevée que la moyenne régionale¹⁰⁸ pour les tentatives de suicide (+73%), les troubles mentaux liés à l'abus d'alcool (+67%) ou l'asthme (+63%).

Si ces données renseignent sur les besoins à satisfaire sur le territoire, à court et moyen terme, il est opportun cependant de les mettre en parallèle de l'offre de soins existante. En effet, leur confrontation, à un instant T, permet de mesurer les écarts entre la situation observée et la situation attendue, en termes d'égalité d'accès aux soins, de sécurité et de qualité.

Par conséquent, les données sociodémographiques et épidémiologiques ont été complétées par des informations concernant la répartition de l'offre de soins sur le territoire, associées aux caractéristiques des personnels médicaux et paramédicaux, dont la prise en compte revêt un caractère stratégique, dans un contexte de pénurie nationale.

¹⁰² Les données collectées dans le diagnostic territorial du GHT Vosges sont issues, entre autre, de l'INSEE, de la DRESS, de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS), de la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE), de l'ARS de Lorraine et de différentes applications comme Hospidiag ou DIMBench.

¹⁰³ Source INSEE, estimation au 1^{er} janvier 2014.

¹⁰⁴ 10,1/1000 habitants contre 11,8 au niveau national en 2015.

¹⁰⁵ 23.72% contre 22% pour la moyenne régionale.

¹⁰⁶ 225/100 000 habitants contre 211 en Lorraine.

¹⁰⁷ + 114% comparé à la moyenne régionale sur certains TSP.

¹⁰⁸ Taux de recours MCO standardisé en Nombre de séjours/1000 habitants de 287,34 dans les Vosges, contre 283,42 en Lorraine.

A ce sujet, les études menées sur la démographie médicale et paramédicale en Lorraine, mettent en évidence une fragilité du secteur libéral et hospitalier, principalement pour les médecins spécialistes, dont la moyenne d'âge est la plus élevée de la région, et les professionnels paramédicaux et de rééducation, dont la densité est inférieure à la moyenne régionale.

En outre, l'offre de soins en MCO se caractérise par un maillage territorial globalement satisfaisant. L'activité du secteur public est répartie entre les établissements de l'Ouest Vosgien, Epinal, Remiremont et Saint Dié des Vosges et représente 9,1% des parts de marchés sur la Lorraine. La zone d'attractivité des établissements de santé couvre l'ensemble du département, voire une partie de la Haute-Marne et de la Haute-Saône pour les territoires de l'Ouest Vosgien et de Remiremont et ses vallées. Pour les établissements d'Epinal et Remiremont, l'activité est marquée depuis quelques années par un net recul des spécialités chirurgicales au profit du secteur privé.

Les activités de moyen et de long séjour sont, quant à elles, inégalement réparties sur le territoire, avec des sous-effectifs en nombre de lits sur Remiremont et ses vallées pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et sur la Déodatie, pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD). L'offre publique représente 70% des lits installés et 85,6% sont des lits de SSR polyvalents. Les taux d'occupation varient de 62 à 99,26%, selon les établissements.

Enfin, concernant l'accompagnement des personnes âgées, bien que le taux d'équipement en nombre de places dans les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et dans les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) soit supérieur à la moyenne régionale, la diversité des structures d'accueil varie en fonction des territoires. De même que l'offre d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer reste déficitaire, notamment en ce qui concerne le nombre de places d'Equipes Spécialisées Alzheimer A Domicile (ESAD)¹⁰⁹ et d'accueil de jour¹¹⁰.

B) Le travail de recomposition du système d'acteurs

Parce que la « *coopération entre les établissements parties au GHT ne saurait être un simple cumul des activités réalisées par chacun des établissements*¹¹¹ », l'analyse de l'offre de soins dans son ensemble et plus particulièrement des liens que chaque établissement entretient avec les autres acteurs du territoire, est indispensable.

Pour comprendre ce qu'est le territoire des Vosges, ses enjeux, sa possible inscription dans le Projet Médical Partagé, la première étape a donc été de se rapprocher des acteurs.

¹⁰⁹ 4 places pour 100 malades estimés dans les Vosges, contre 4,4 places au niveau national.

¹¹⁰ 6,4 places pour 100 malades estimés dans les Vosges, contre 7,3 places au niveau national.

¹¹¹ HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire*, Paris : la documentation française, 52 p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

Le protocole méthodologique, fixé en amont, a été validé par le Comité de Pilotage (COPIL), constitué de l'ensemble des directeurs et des présidents de CME des établissements parties au groupement. L'écoute a été privilégiée, par le biais d'entretiens semi-directifs menés auprès des membres du COPIL et une présence continue tout au long de la démarche a été assurée. Cette présence a permis d'entendre les acteurs en marge des réunions du COPIL, de recueillir leurs craintes et leurs revendications.

La grille d'entretien proposait deux axes d'évaluation.

Le premier questionnait les activités réalisées par les établissements : qui fait quoi ? avec quels moyens humains ? et quel niveau d'efficacité ?

Le deuxième abordait la question des pratiques professionnelles : qui travaille avec qui ? avec quel niveau de coopération ? et quels projets à venir ?

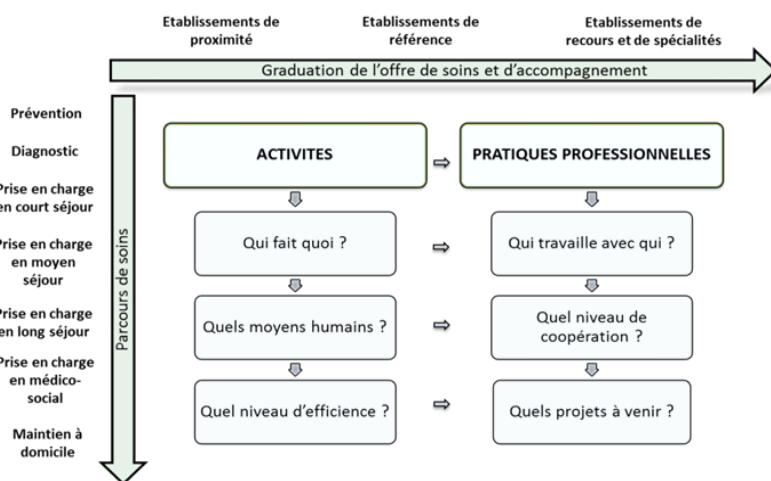


Figure n°2 : Matrice élaborée en vue de l'étude des « flux hiérarchisés » pour chacune des filières

Cette démarche, complétée par l'étude des conventions et des données d'activité, a permis d'appréhender les organisations et les actions entreprises sur le territoire des Vosges.

En premier lieu, sur l'activité MCO, où les établissements sont engagés depuis plusieurs années dans des opérations de recomposition de l'offre de soins, en réponse aux difficultés financières et médicales, qui constituent aujourd'hui leurs principales préoccupations. C'est précisément le cas des centres hospitaliers de Vittel et de Neufchâteau, qui ont cherché à répondre à ces difficultés en fusionnant en 2013. Cette opération s'est accompagnée d'une redistribution des activités entre les deux établissements. Le site de Vittel, d'une capacité de 149 lits, assure aujourd'hui les activités en lien avec ses missions de coordonnateur de la filière gériatrique sur le territoire, tandis que le site de Neufchâteau, d'une capacité de 209 lits, rassemble les activités de chirurgie ainsi que les spécialités de médecine.

Les centres hospitaliers d'Epinal (710 lits) et de Remiremont (310 lits), disposant chacun d'un plateau technique complet et distants de 28 kilomètres, sont pour leur part engagés dans une direction commune.

Elle s'inscrit dans les suites d'une CHT créée en 2013, dont le projet médical commun n'a pu aboutir, faute de consensus entre deux structures, qui se sont construites en « opposition »¹¹². Son objectif aujourd'hui, est de renforcer l'offre publique, dont l'éclatement entre les deux établissements constitue un facteur majeur de fragilisation, notamment au regard de l'offre privée qui partage la même zone d'attractivité. Ce renforcement nécessite à moyen terme des actions de regroupement et de réorganisation de l'offre de soins, garantes d'une attractivité médicale et d'une amélioration des performances médico-économiques des deux établissements.

Sur la Déodatie, le centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, d'une capacité de 450 lits, est le seul établissement de niveau 1 de son bassin de santé. Les difficultés financières, connues au début des années 2010, en lien avec des opérations d'investissement antérieures, et les difficultés médicales sur certaines spécialités, l'ont incité à resserrer ses liens avec les établissements de la communauté dont il fait partie, et à se restructurer fortement en interne.

De manière générale, il existe aujourd'hui peu de coopérations entre les établissements MCO des Vosges.

Les acteurs expliquent cet état de fait par la configuration géographique du territoire (zone de montagne) qui limite l'accès au plateau technique d'Epinal pour les établissements de l'ouest vosgien et de la Déodatie.

Dès lors, pour les activités de niveau 2 et 3, ces établissements s'adressent directement au CHRU de Nancy ou aux établissements privés de l'agglomération Nancéenne, selon les spécialités.

Les ex-hôpitaux locaux, quant à eux, d'une capacité totale de 2 173 lits et places et pour la plupart en direction commune, ont connus de nombreuses restructurations internes liées à la transformation des lits de médecine au profit de lits de SSR. L'établissement de Fraize, qui est le dernier à conserver encore ses lits de médecine, est aujourd'hui engagé dans un projet de transformation en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

Ces établissements sont également impliqués dans des démarches de fusion.

La première, qui concerne les établissements de Bussang et Le Thillot, est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Cette opération avait pour objet de limiter les effets attendus de la T2A SSR, par l'atteinte d'un seuil cumulé de 30 lits. Malgré ce rapprochement, le nouvel établissement se trouve relativement isolé et pénalisé par son manque d'attractivité géographique. Situé à l'extrémité du département, il est aujourd'hui à la recherche de nouveaux partenariats, notamment auprès des structures et des professionnels de la Haute-Saône.

La deuxième opération de fusion, prévue pour le 1^{er} janvier 2018, concerne les établissements de Raon l'Étape et Senones, en Déodatie, avec pour objectif la création d'un pôle de compétences gériatriques autour des 50 lits de SSR.

¹¹² AUDIBERT G., HASCOET JM., et al., Avril 2016, « *Etat des lieux de l'offre de soins périnatale pour les villes de Remiremont et Epinal. Propositions stratégiques* », pp.12, disponible sur internet : http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/.../Epinal_Remiremont_rapport_

Parallèlement, ces établissements de santé de proximité entretiennent tous avec les établissements de MCO de leur territoire des liens conventionnels de type « coopérations-filières », dont l'objet concerne le plus souvent la mise à disposition de professionnels médicaux, moyennant un accès facilité aux lits de SSR et d'EHPAD. Un accès qui dans la réalité des faits s'avère en partie complexe, en raison d'un engorgement parfois important de ces lits et un recours insuffisant aux services d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

En définitive, tout le travail de recomposition a non seulement permis de caractériser le territoire d'action du GHT Vosges, sa dynamique, ses enjeux, mais il a également contribué à sa « re-connaissance » initiale par les acteurs, préalable indispensable à la poursuite de la démarche.

3.1.2 Un instigateur du changement

En effet, si le diagnostic contribue à l'avancement des connaissances et des pratiques sur le territoire, il constitue également le moyen privilégié pour promouvoir les adaptations qui s'imposent. Il participe à la première étape du changement organisationnel, au cours de laquelle se construit la reconnaissance d'un besoin de changement et le processus de décision de changer.

A) La détermination des orientations stratégiques

L'analyse des données collectées ne devant pas se limiter à un simple inventaire des ressources sur le territoire, il s'agissait d'opérer, avec les acteurs, une synthèse qui puisse rendre compte de la spécificité de ce territoire, à partir de la matrice SWOT¹¹³.

Parmi les forces identifiées par les acteurs, on retrouve en premier lieu le contexte politique des Vosges, vis-à-vis du GHT. En effet, les entretiens menés auprès des élus locaux du département ont permis d'instaurer un dialogue constructif autour des enjeux liés à la création du GHT Vosges. Notamment, les élus ont pu exprimer leurs priorités, vis-à-vis de la préservation du maillage territorial et du maintien d'une desserte de proximité ou des liens de coopération avec le CHRU de Nancy.

De même, l'implantation du CHS de Ravenel sur le territoire, ainsi que la présence du CHRU de Nancy, à moins d'une heure des établissements des Vosges, constituent un atout dans la construction des filières de soins gradués. A ce sujet, l'élaboration d'un projet médical commun dans le cadre du GCS Sud Lorrain, réunissant les établissements de santé MCO du GHT 7 et du GHT Vosges est sans conteste une opportunité : celle de pouvoir organiser le recours aux activités spécialisées et d'envisager une gestion prévisionnelle des emplois médicaux, à l'échelle régionale.

¹¹³ « Acronyme anglophone de Strengths, Weaknesses, Opportunités et Threats, la matrice SWOT permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation en présentant les Forces et les Faiblesses de l'entreprise ainsi que les Opportunités et les Menaces potentielles », disponible sur internet : <http://www.wikipédia.fr>.

A contrario, les acteurs identifient parmi les éléments qui constituent une faiblesse ou une menace pour le territoire, la baisse de la démographie médicale, tant dans le secteur libéral qu'hospitalier, la diminution de l'activité chirurgicale au profit de l'offre privée, l'état de santé de la population du département.

La mise en perspective des spécificités du territoire a ainsi permis aux acteurs de s'accorder sur les objectifs de la coopération à mettre en œuvre. Ces objectifs traduits dans le Projet Médical Partagé et inscrits dans la convention constitutive du GHT Vosges, sont au nombre de cinq (**Annexe n°5**).

Les trois premiers répondent à une logique de santé publique visant à renforcer l'offre de soins sur le territoire.

Il s'agira en particulier pour les établissements de santé :

- D'organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge et de définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours, en associant le champ ambulatoire et le médico-social ;
- De renforcer les activités de proximité et de référence en développant entre autre les spécialités médicales, chirurgicales, les activités de prévention et d'éducation thérapeutique, les consultations spécialisées ;
- D'accompagner la fragilité et la vulnérabilité en adaptant et en diversifiant l'offre de soins dédiée aux personnes âgées, en développant les actions communes et le partage de l'expertise dans le champ de la santé mentale ainsi que les dispositifs spécifiques d'accès à la santé, en lien avec la politique de la ville.

Ces objectifs trouvent leur justification d'une part, dans l'existence de modes de coopérations établis le plus souvent à partir de liens interpersonnels, et d'autre part, en raison des conditions de vie parfois précaires de la population, associées à des problèmes d'éloignement ou d'isolement géographique.

Le quatrième objectif, quant à lui, est en réponse à la problématique de la démographie médicale. Il s'agira pour les établissements de santé de développer des actions visant à renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire et de définir avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospective des compétences médicales. La justification de cet objectif tient dans le fait que le maintien d'un service public de qualité nécessite avant tout de disposer d'équipes médicales et paramédicales compétentes et stabilisées dans le temps.

Enfin, le dernier objectif aborde la question de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins, à travers notamment l'harmonisation de la politique de formation, la recherche du « juste soin » et la réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles.

Ainsi, dans la mesure où le choix du périmètre allait s'effectuer en fonction de choix stratégiques, il convenait de proposer une réflexion sur le sens et l'usage possible d'un GHT Vosges, à la fois pour les usagers et pour les professionnels. La définition des enjeux sur le territoire, adossée à une représentation graphique, a fourni les éléments de lecture stratégique nécessaires à cette réflexion. De même qu'elle a renvoyé la question du périmètre du GHT à un autre débat, celui des configurations territoriales souhaitées et finalement choisies par les acteurs.

B) Les configurations stratégiques pour définir le périmètre

Compte-tenu des éléments précédemment cités, une gradation des soins en quatre niveaux a été retenue, en référence à la catégorisation définie par la région Rhône-Alpes dans l'élaboration du SROS 2¹¹⁴ :

- Le niveau de proximité, structuré autour de la médecine, de la chirurgie polyvalente et des ex-hôpitaux locaux. Il correspond à la desserte du bassin de vie, sur lequel les établissements sont implantés ;
- Le niveau de proximité renforcé, qui comprend quelques spécialités chirurgicales et médicales et peut comporter des équipements lourds ;
- Le niveau de référence, doté d'un plateau technique plus spécialisé, qui correspond à la desserte du bassin hospitalier, considéré comme établissement pivot du secteur ;
- Le niveau de recours universitaire, à l'échelle régionale, qui propose une offre de soins hautement spécialisée.

Sur cette base, la cartographie du GHT Vosges définit trois Territoires de Santé de Proximité (TSP), correspondant à une notion d'hospitalisation de proximité :

- Deux sont desservis par des pôles de proximité renforcés. Ils comptabilisent chacun moins de 90 000 habitants.
Il s'agit précisément du territoire de l'Ouest Vosgien, qui associe le centre hospitalier de l'Ouest Vosgien et les ex-hôpitaux locaux de Lamarche et du Val du Madon, et de la Déodatie qui rassemble autour du centre hospitalier de St Dié-des-Vosges, le centre hospitalier de Gérardmer et les ex-hôpitaux locaux de Senones, Raon l'Étape et Fraize.
- Un territoire comprend un pôle de référence. Réunissant le Centre Vosges et Remiremont et ses vallées, il compte à lui seul plus de 230 000 habitants et comprend, outre le centre hospitalier d'Épinal, le centre hospitalier de Remiremont ainsi que les ex-hôpitaux locaux de Bruyères, Rambervillers, Chatel sur Moselle et de la Haute Vallée de la Moselle.

¹¹⁴ CREDES, janvier 2003, « *Territoires et accès aux soins* », pp. 30, disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

Parallèlement, du fait de la notion de parcours de soins gradués, les TSP du GHT Vosges se trouvent également dans une situation de « chevauchement » avec le GHT 7, pour l'accès aux établissements de recours comme le CHRU ou l'ICL.

Cette configuration a divisé les acteurs au sujet de la définition du périmètre du GHT Vosges, faisant émerger deux options.

La première repose sur le constat d'une offre de soins en cours de restructuration. Cette option, en se concentrant sur l'objectif de renforcer l'offre de soins publique sur le territoire, plaide pour la définition d'un périmètre restreint à l'échelle du département.

La seconde option privilégie, quant à elle, la problématique médicale, vis-à-vis de laquelle les établissements de santé de proximité dépendent aujourd'hui en partie du CHU. Elle s'appuie notamment sur la question soulevée par le cadre législatif entre établissement partie et établissement associé. En effet, en laissant craindre l'apparition d'une offre de soins « à deux vitesses » sur le sujet de la démographie médicale, elle justifie le choix d'un périmètre élargi, englobant les deux GHT.

Pour répondre à la question, faut-il privilégier un périmètre restreint ou un périmètre élargi ? chaque option a fait l'objet d'une présentation prenant en compte les intérêts relatifs exprimés par chacun des acteurs et synthétisant les avantages et les inconvénients associés à chaque cas de figure.

Au final, après de nombreux débats, les acteurs du territoire ont opté à la majorité pour une troisième option, offrant la possibilité de sortir de l'urgence imposée par la loi et de régler en amont de la fusion les difficultés organisationnelles inter-établissements.

En s'appuyant sur l'opportunité, laissée par le GCS Sud Lorrain, d'élaborer un projet médical commun à l'échelle des deux GHT, elle propose une construction en deux temps.

En effet, bien que l'échelle du département ait été retenue en première intention, les établissements parties au groupement se sont donnés les moyens d'envisager à terme la fusion des périmètres des deux GHT, en inscrivant cette option dans la convention constitutive du GHT Vosges¹¹⁵.

En définitive, le diagnostic territorial a été une étape cruciale dans la construction du GHT, en permettant aux acteurs d'identifier les besoins sur le territoire et de s'accorder sur les objectifs à prioriser. Pour autant, ce diagnostic ne saurait se satisfaire à lui seul, car pour que la coopération soit effective, il doit pouvoir trouver son aboutissement dans la traduction d'un engagement, de ce que le territoire construit.

¹¹⁵ Article 26 de la convention constitutive du GHT Vosges : « *Compte-tenu des coopérations existantes, dans le cadre du GCS Sud Lorrain, il est convenu que le collège médical évaluera la mise en œuvre du Projet Médical Partagé du GCS à l'échéance de trois ans, à compter de la date de signature de la présente convention.*

Il soumettra au comité stratégique l'opportunité d'une fusion avec le GHT 7, si un projet médical partagé, ambitieux et respectueux des formes ayant présidées à l'élaboration du projet médical partagé des Vosges, est mis en œuvre ».

3.2 La symétrie des relations au travers des engagements, un processus de co-construction

En effet, l'emboîtement des diverses échelles de décisions et la coordination qui en résulte nécessitent de définir de nouveaux modes de régulation, pour en assurer la stabilité. La mise en place d'une gouvernance entend répondre à cet enjeu par la contractualisation d'un accord dans lequel les acteurs se reconnaissent.

3.2.1 La recherche de convergence

Partant du postulat que les acteurs n'ont pas les mêmes points de vue, ni les mêmes intérêts par rapport au projet, la définition de nouveaux modes de régulation sous-entend qu'ils parviennent à un compromis acceptable par tous.

Dès lors, la recherche de convergence soulève la question du « dispositif » mis en œuvre, c'est à dire l'ensemble des règles et des repères définis *a priori* pour faciliter ou du moins rendre possible, l'émergence d'un compromis¹¹⁶.

A) Les conditions facilitatrices dans le processus de co-construction

Le projet de coopération territoriale suppose pour les acteurs de s'engager dans une dépendance fonctionnelle mutuelle. Cette dépendance s'inscrit dans une stratégie qui se veut « donnant-donnant » ou chacun tente de défendre son point de vue, pour protéger ses intérêts.

Ne pas tenir compte des différents points de vue, serait prendre le risque de voir échouer la mise en œuvre de solutions, jugées pourtant pertinentes.

Partant de ce constat, il s'agissait en premier lieu, d'organiser l'expression et le partage de l'information par la mise en place de conditions qui garantissent l'égalité des échanges et l'instauration des délibérations. D'autant que les dépendances fonctionnelles ne sont jamais exemptes de conflits d'intérêts, ni de jeux de pouvoir, l'intérêt des acteurs étant d'influer sur la formulation des règles pour en être les premiers bénéficiaires¹¹⁷.

La constitution d'un COPIL, ainsi que les réunions qui l'ont animé, ont permis de créer un espace d'échange propice à la confrontation des points de vue. Cet espace a eu pour fonction, de favoriser l'interconnaissance tant personnelle que professionnelle des acteurs, préalable indispensable à la prise de conscience de leur interdépendance et au développement d'une relation de confiance.

¹¹⁶ FOUURIAT M., juin 2016, *La co-construction : Une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 25.

¹¹⁷ FRIEDBERG E., 1993, *Le pouvoir et la règle*, Paris : Seuil, 384 p.

Ainsi, il a permis aux acteurs d'exprimer leur perception sur les situations à problèmes sans qu'aucune ne soit considérée comme étant supérieure aux autres, chaque perception représentant une facette de la question¹¹⁸.

D'autre part, différents outils ont été mobilisés dans la recherche de convergence et la construction d'un compromis, notamment en ce qui concerne l'information des acteurs, vis-à-vis des contraintes et des enjeux du contexte. En effet, du fait du positionnement lié à leur fonction, tous les acteurs ne disposaient pas des mêmes informations relatives à la création des GHT. Ces différences pouvant constituer un obstacle dans les échanges, une note de cadrage a été présentée lors de la première réunion.

Il s'agissait précisément de rappeler le cadre législatif des GHT et de s'accorder sur les objectifs visés. La parution du décret d'application a également fait l'objet d'une note de synthèse, diffusée en amont de la réunion du COPIL.

L'objet de cette note était d'identifier les enjeux pour les établissements parties au groupement, ainsi que les marges de manœuvre dont ils disposent pour déterminer les règles de fonctionnement et d'organisation du groupement.

De plus, des outils contribuant au développement de la réflexivité collective et à la construction d'un compromis ont également été mis en place. Chaque réunion a fait l'objet d'un relevé de conclusions, visant à restituer une synthèse fidèle de ce qui a été abordé en séance et l'usage d'un texte « martyr » a été privilégié dans la rédaction de la convention constitutive.

En servant de base aux négociations, il a facilité la mise en convergence des arguments et a contribué à la démarche de rédaction collective, en réduisant progressivement les ambiguïtés pouvant subsister et en limitant les risques de malentendus.

Enfin, les contraintes imposées par le cadre légal ont obligé les membres du COPIL à définir *a priori* certaines règles. Les échéances fixées pour l'atteinte des objectifs, la composition et le rythme des réunions du COPIL ont été arrêtés dès la première réunion. La difficulté étant de prendre en compte l'incertitude liée à la temporalité du processus de convergence, qui dépend en partie de la dynamique du jeu des acteurs et de la relation de confiance qui en résulte.

B) L'affirmation des principes communs

Fondée sur l'éthique et la rationalité de l'action par rapport à des valeurs morales, la confiance constitue la base de tout engagement. Dès lors, la construction des liens de coopérations ne devient possible que s'il existe des règles de conduite ou des normes communes, entre les parties prenantes.

La détermination de ces règles s'est imposée, dès les premières rencontres entre les membres du COPIL, comme étant la condition *sine qua non* à la poursuite de la démarche. Définis par le collectif et inscrits dans la convention constitutive, ces principes fondateurs, au nombre de trois, traduisent aujourd'hui l'engagement des établissements parties au groupement.

¹¹⁸ FOUURIAT M., juin 2016, *La co-construction : Une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp.144.

Le premier principe pour lequel les établissements ont souhaité réaffirmer leur attachement concerne le respect des valeurs du service public. Ce principe est traduit dans les objectifs stratégiques du Projet Médial Partagé, en termes d'égalité d'accès aux soins, de continuité des soins et d'adaptation des prises en charge au regard des besoins de santé.

Le second concerne le respect de l'autonomie des établissements parties au groupement, tel que défini dans l'article L. 714-1 du CSP¹¹⁹.

Inscrit dans le préambule, qui précise que « *le Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges, repose sur un socle de valeur partagées, respectueux des missions et de l'autonomie de chaque établissement [...]* », ce principe est rappelé dans les dispositions de la convention constitutive et plus particulièrement à l'article 29.

En effet, les possibilités de retrait du GHT n'ayant pas été définies réglementairement, les établissements de santé des Vosges ont souhaité introduire dans cet article une clause de retrait, autorisant, sous certaines conditions, n'importe quel établissement à quitter le groupement.

De même, en ce qui concerne les droits et obligations des établissements, le principe de l'autonomie s'applique également aux coopérations, vis-à-vis desquelles les établissements de santé demeurent libres de poursuivre ou d'initier de nouvelles conventions¹²⁰, aux responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées aux établissements, aux instances et au mode de financement des établissements signataires. Il s'agit ici d'éviter par analogie à ce que Mintzberg appelle « *l'erreur de détachement de la réalité opérationnelle*¹²¹ », les coûts liés au pilotage à distance d'une structure et de se servir de cette indépendance pour faire jouer le principe de subsidiarité.

Troisième principe fondateur du GHT Vosges, garant d'une dynamique collégiale respectueuse de chaque partie, le principe de subsidiarité peut s'appréhender ici de différentes manières.

D'une part, en tant que principe d'organisation, où il devient la règle qui préside au partage des pouvoirs.

D'autre part, comme principe de fonctionnement, où il détermine la spécialisation fonctionnelle et la complémentarité entre les établissements de santé.

Enfin, comme principe de hiérarchisation des valeurs au sein de l'organisation, où il renvoie au respect mutuel.

3.2.2 L'élaboration du compromis formalisé dans la convention constitutive

Dépourvu de personnalité morale, le GHT repose sur la capacité des acteurs à trouver des solutions communes, encadrées par des relations contractuelles mais non hiérarchiques, parmi lesquelles figurent le transfert obligatoire de certaines compétences.

¹¹⁹ « *les établissements publics de santé (EPS) sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière*¹¹⁹ ».

¹²⁰ Article 21 de la convention constitutive du GHT Vosges- « *Droits et obligations des établissements parties au groupement* ».

¹²¹ MINTZBERG H., 1994, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, Paris, 456p.

Dès lors, l'originalité du pari contractuel réside dans les choix opérés, entre respect des obligations légales et autonomie laissée par le cadre réglementaire, du mode de gouvernance et de sa formalisation dans la convention constitutive (**Annexe 6**).

A) Le choix d'un modèle de gouvernance

Définie comme étant « *l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'un Etat, d'une institution ou d'une organisation [...]*¹²² », la gouvernance représente les intérêts de l'ensemble des acteurs.

Elle doit par conséquent permettre de traiter les problèmes de la prise de décision, de l'autorité et des relations de pouvoir, dans une organisation ou les acteurs entendent garder leur autonomie.

Il convient donc en premier lieu que l'instance de gouvernance soit acceptée et reconnue, par les acteurs pour qu'ils délèguent une partie de leur pouvoir de décision, sans pour autant entraver leur autonomie.

Il s'agira précisément de déterminer les conditions de cette délégation, qui renvoient à la question de la centralisation de la prise de décision au profit d'une instance chargée d'organiser l'action commune et d'en contrôler les résultats.

Dès lors, deux modes de pilotage peuvent être envisagés, à l'image de la « gouvernance des réseaux territorialisés ».

Le premier, assuré par l'établissement support qui occupe une place centrale au sein de l'organisation, se caractérise par une situation d'asymétrie des pouvoirs et des rôles.

Bien que les établissements demeurent indépendants, le processus de décision au sein du groupement demeure un processus hiérarchique¹²³.

Dans ce cas de figure, l'établissement support agit alors comme un « centre stratégique élargi » qui concentre les décisions, coordonne les tâches et développe la vision du groupement. Ce mode de pilotage offre l'avantage de réduire la complexité liée à la coordination des acteurs dont les attentes peuvent être parfois très différentes et facilite la mise en place des mécanismes de régulation.

Le deuxième, sur le mode associatif, privilégie la distribution de la fonction de pilotage entre les membres de l'organisation qui détiennent alors un pouvoir de décision équivalent. Le mode de régulation est ici basé sur la confiance et la poursuite d'une finalité commune, la proximité géographique renforçant le sentiment d'appartenance.

¹²² Définition de l'Institut de Recherche sur la Gouvernance et l'Economie des Institutions (IRGEI), disponible sur internet : <https://www.irgei.org>

¹²³ EHLINGER S., PERRET V., CHABAUD D., 2007, « Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? », *Revue française de gestion*, n°170, 202 p.

La loi de modernisation de notre système de santé fixe le socle de gouvernance destiné à répondre aux finalités de la gouvernance, sans pour autant déterminer la répartition des rôles entre les acteurs, à l'exception du directeur de l'établissement support.

Se saisissant de l'opportunité laissée par le cadre réglementaire, le GHT Vosges a souhaité privilégier un mode de pilotage de type « associatif », formalisé au travers des dispositions de la convention constitutive.

B) Sa formalisation dans la convention constitutive

Le pilotage « associatif » du GHT Vosges se traduit par des dispositions assurant une représentativité équilibrée et égalitaire des établissements et ce, quels que soient le type et la taille de la structure, notamment au niveau du processus de décision du comité stratégique pour lequel chaque établissement dispose d'une voix.

Toutefois, afin de pallier aux limites présentées par ce modèle de pilotage, qui dans certains cas peut conduire à des situations de blocage et de résistance au changement, il a été précisé que « *les décisions sont prises en concertation, à défaut après un vote à la majorité qualifiée des deux tiers des voix exprimées et sur la base d'un quorum de deux tiers des membres du comité stratégique*¹²⁴ ».

Le modèle associatif est également privilégié dans le fonctionnement des activités et des fonctions mutualisées du GHT.

En effet, bien que soit prévue la délégation de certaines compétences au profit de l'établissement support, la convention constitutive précise que « *le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement* ».

C'est notamment le cas de la fonction achat pour laquelle la coordination « *s'appuie sur une commission territoriale des achats, composée des responsables achats des établissements parties au groupement, en charge de la définition d'un plan d'achats pluriannuels, de sa mise en œuvre et de son évaluation*¹²⁵ ».

Ou encore, de la coordination des plans de formation continue dont l'objectif est de définir, en concertation avec l'ANFH, une politique de formation cohérente à l'échelle du territoire, relayée au niveau de chaque établissement par le biais des commissions de formation.

D'autre part, afin de prévenir un éventuel risque lié à un comportement « opportuniste » des acteurs, une variante à la définition de l'établissement support a été ajoutée.

En effet, en l'absence de précision apportées par le cadre réglementaire, le GHT Vosges prévoit dans son article 5, l'instauration de la possibilité d'une alternance de l'établissement support entre les établissements porteurs de l'activité MCO.

¹²⁴ Article 9.3-Fonctionnement du comité stratégique du GHT Vosges.

¹²⁵ Article 15 de la convention constitutive du GHT Vosges.

Enfin, parce que l'ambition des établissements de santé des Vosges porte sur la construction une organisation « agile », créatrice de valeurs dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers et capable de s'adapter aux évolutions de son environnement¹²⁶, certains éléments n'ont volontairement pas été précisés dans la convention constitutive.

En effet, un fonctionnement trop codifié ou rigide n'a pas semblé souhaitable en raison du manque d'adaptabilité et des « coûts » liés à la renégociation, en cas d'évènements imprévus ou incertains.

Pour autant, afin que le manque de précision ne se transforme pas en handicap, la convention constitutive énonce les modalités par lesquelles ces imprécisions seront traitées ultérieurement, notamment au travers de la rédaction d'un règlement intérieur.

¹²⁶ Préambule de la convention constitutive du GHT Vosges.

Conclusion

Le modèle présenté, sans avoir la prétention d'être exhaustif ni de pouvoir s'appliquer à tous les GHT, apporte un éclairage sur le processus de construction d'une coopération renforcée entre quatorze établissements publics de santé, en fournissant des éléments de réponse aux interrogations posées par la complexité du projet.

A la question du périmètre du GHT, le cadre de réflexion a permis d'identifier les difficultés liées à la définition de la notion de « territoire », comme en témoignent la diversité des approches et les multiples découpages géographiques qui ont accompagné la territorialisation de la santé, en France.

Aujourd'hui, bien que les périmètres aient été préfigurés *ex ante* par les ARS, le plus souvent à partir des territoires de santé, la construction de ces nouveaux espaces de coopération ne peut se limiter à l'expression du pouvoir administratif.

Lieu d'échange et d'interdépendance entre les acteurs, leur construction procède nécessairement de la confrontation de plusieurs approches.

Dès lors et bien que des recommandations aient été formulées sur la taille des GHT, il ne peut exister, dans le choix des périmètres, une seule méthode ni un seul découpage qui s'imposent.

Il appartient à chaque territoire de trouver le juste équilibre entre la nécessaire prise en compte des besoins de la population, le niveau de maturité des coopérations engagées sur le territoire et la spécificité de chaque établissement de santé.

Concernant le choix du modèle cible d'organisation, les informations recueillies, confrontées aux données de la littérature, ont permis de mettre en évidence l'influence des logiques qui sous-tendent l'action.

Si la porte d'entrée dans la coopération reste le plus souvent dictée par la nécessité de développer des stratégies en réponse à des problèmes communs, l'intérêt à coopérer n'en résulte pas moins d'une juxtaposition de logiques, qui peuvent sembler à *priori* contradictoires.

C'est ainsi que les établissements de santé s'accordent sur la nécessité de coopérer pour faire face à l'inégal accès aux ressources médicales et aux contraintes liées à leur financement, à la condition toutefois, que leur identité et leur spécificité soient préservées et que la logique compétitive ne prévale pas sur la logique « coopérative ».

L'analyse du contexte a également permis d'objectiver les éléments d'incertitude laissés par le cadre juridique.

En premier lieu, le risque de fusion que les différentes dispositions réglementaires laissent entrevoir et dont les effets plus que mitigés ont largement été documentés.

Mais également, les nombreuses questions laissées en suspens, que ce soit dans le domaine des ressources humaines ou encore sur la fonction achat, pour lesquelles des ajustements réglementaires sont à prévoir.

Enfin, elle a permis d'identifier les éléments qui constituent d'une part, une opportunité dont il appartient aux établissements de se saisir pour sortir de l'urgence législative et choisir entre un modèle intégratif et coopératif, et d'autre part, une contrainte dont il convient de tenir compte dans la méthode mise en œuvre, afin d'en limiter les effets négatifs sur l'atteinte des objectifs.

Quel que soit le modèle retenu par le GHT, que ce soit un modèle intégratif ou un modèle coopératif, il importe donc de créer les conditions qui vont, dans un contexte donné, permettre de construire cet outil commun.

Le diagnostic territorial, en identifiant les caractéristiques du territoire du GHT Vosges, a contribué à sa reconnaissance et à son appropriation par les acteurs.

De même qu'en fournissant les clés de lecture nécessaires à la définition des objectifs de la coopération, il a permis d'envisager un « avant » et un « après », attestant ainsi du caractère évolutif des territoires des GHT et de la nécessité d'une construction pas à pas.

Enfin, le « dispositif » mis en œuvre dans la recherche de convergence et plus particulièrement l'affirmation des principes communs, tels que le respect de l'autonomie et du principe de subsidiarité, ont contribué à l'émergence d'un compromis, basé sur la confiance et la poursuite d'une finalité commune.

Des éléments de réflexion il en ressort que les projets de coopération sont avant tout des projets de grande ampleur, qui portent les ambitions de transformations multiples.

Il convient aujourd'hui de faire mieux, en acceptant d'abandonner une part d'indépendance pour construire un nouveau dispositif, adapté aux enjeux de chaque territoire.

Ce contexte justifie les craintes et les ambitions des acteurs, d'autant que le projet s'annonce complexe et que le succès d'une telle démarche, quel que soit le modèle choisi, demeure incertain.

Seule une évaluation objective des bénéfices générés par la coopération, pour les patients mais également pour chacun des établissements engagés, permettra dans l'avenir d'apporter une réponse sur les effets de cette « révolution », promise au travers des GHT.

Bibliographie

Articles de périodiques

AMAT-ROZE J.M., avril 2011, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, in Hérodote, *Santé publique et territoires*, La découverte, 224p. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-13.htm>

BARBOT J.M., mars 2016, « Avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalières ? », *Les cahiers de la fonction publique*, n°364, p.45-49.

BLUA P., mars-avril 2016, « Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT : Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud », *Revue hospitalière de France*, n°569, pp.66-69.

BREULS DE TIECKEN L., mai 2015, « Création des GHT : incidences sur la gestion financière » in *Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? Finances hospitalières*, n°91, p.33-35

BUCKLEY J.P., CASSON M., 1988, « A theory of cooperation in international Business », *Cooperative strategies in international business*, Lexington Books.

BUDET J.M., COUVREUR G., LAURENCE S., mars 2015, « 14èmes assises hospitalo-universitaires 2014 : Loi de santé, territoires, espace international...Quelle place pour les CHU ? », *Gestions hospitalières*, n°544, pp.174-189.

CAILLET R., CRIE D., novembre-décembre 2008, « Stratégies de groupe public : pour un marketing hospitalier », *Revue hospitalière de France*, n°525, pp. 12-16.

CASH R., mai 2015, « Etablissements isolés, établissements de proximité : quelles sont les difficultés ? quelles sont les perspectives ? » in *Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? Finances hospitalières*, n°91, p.27-31.

CLAVIER C., février 2009, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, n°27, 120p.

COLAS D., septembre-octobre 2015, « Centres hospitaliers locaux : Quelle place dans les futurs GHT ? », *Revue hospitalière de France*, n°566, pp.68-69.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., mai 2008, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », IRDES, 29p.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., avril 2012, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n°175, disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>.

DELAS A., avril 2011, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques », in Hérodote, *Santé publique et territoires*, La découverte, 105p. Disponible sur internet : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=HER_143_0089

DE POUVOURVILLE G., MOIDSON JC., et al., 1997, « les économies d'échelle dans le secteur public hospitalier français », in Economie de la santé : Trajectoires du futur, INSEE Méthodes, pp. 244-259.

D'HARCOURT C., GAUTIER C., Mars-avril 2016, « Grand-est : à la conquête de l'unité », *La revue territoire et santé*, n° 2, pp.16-28.

EHLINGER S., PERRET V., CHABAUD D., 2007, « Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? », *Revue française de gestion*, n°170, 202p.

EVIN C., janvier-février 2016, « Les groupements hospitaliers de territoire : Au service d'une stratégie de groupe », *Revue hospitalière de France*, n°568, pp.36-40.

FLEURET S., 2003, « Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé », *Géocarrefour*, volume 78, pp. 239-245.

GALLET B., février 2016, « Le GHT : un outil de « ruptures » aux modalités de fonctionnement ambiguës », *Finances hospitalières*, n° 99, pp.12-14.

HAAS S., VIGNERON E., mars 2016, « L'amélioration de l'accessibilité aux soins », *Gestions hospitalières*, n°554, disponible sur internet : <http://www.gestions-hospitalieres.fr/fr/article/lamelioration-de-laccessibilite-aux-soins>.

KELLER K., LOUAZEL M., 2016, « Entre concurrence et coopération : un « effet bloc » des incitations réglementaires sur les relations entre établissements de santé ? », in Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis, Paris : Presses des Mines, pp. 207-208.

KELLER C., LOUAZEL M., février 2016, « Coopération hospitalière et territoire », *Cahiers de la fonction publique*, n° 363, pp. 40-43.

KELLER C., LOUAZEL M., MOQUET-ANGER M.L., juillet-août 2013, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, pp.687-699.

LELOUP F., MOYART L., PECQUEUR B., avril 2005, « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie, société*, n°7, pp. 321-332, disponible sur internet : www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2005-4-page-321.html

LEROUX I., février 2006, « Gouvernance territoriale et jeux de négociation », *Négociations*, n°6, pp. 83-98.

LOUAZEL M., février 2013, « Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », *Gestions hospitalières*, n°523, pp.117-119.

LUCAS V., TONNELIER F., 1996, « La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux », in Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes, pp. 5-17.

NORDMANN J.P., février 2016, « GHT : évolution ou révolution ? » *Finances hospitalières*, n° 99, pp.7-11.

NOBRE T., février 2013, « Coopération hospitalière : articuler stratégie d'établissement/optimum global », *Gestions hospitalières*, n°523, pp.117-119.

PINEY D., GODEAU T., mars-avril 2016, « Constitution des GHT : Réalités de terrain et attentes des présidents de CME des centres hospitaliers », *Revue hospitalière de France*, n° 569, pp. 62-65.

ROUTELOUS C., VEDEL I., LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management et avenir*, n°47, p. 147-164.

SEVAN G., MARTIN L., mai 2016, « GHT, une réforme menée d'en haut », *Décision santé*, n°305, pp. 12-17.

VIGNERON E., décembre 1999, « Les bassins de santé : concept et construction » in Santé publique et aménagement du territoire, adsp, n° 29, pp. 38-42.

VIGNERON E., BRAU F., 1996, « Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes », *Cahiers Géos*, n°32, pp. 1-4.

VIGNERON E., DUPONT B., SIAGHY M., et al., Groupe de recherche sur l'Impact des Reconstitutions et des Coopérations Hospitalières (IRCH), mars 2016, « Quels critères d'évaluation pour les futurs GHT ? », *Gestions hospitalières*, n°554, pp.136-153.

ZACHARIE C., TACHON R., DEPINOY D., et al., mai 2015, « Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? », *Finances hospitalières*, n°91, 50 p.

Ouvrages

BALY O., CAZIN., DESPATIN., et al., 2016, *Management hospitalier et territoires : Les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, 240 p.

DURKHEIM E., 1930, *De la division du travail social*, (1^{re} éd., 1893), Paris, Puf, 1930, collection « Quadrige », 2007.

FOUDRIAT M., juin 2016, *La co-construction : Une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, 180 p.

FRIEDBERG E., 1993, *Le pouvoir et la règle*, Paris : Seuil, 384 p.

GARRETTE B., DUSSAUGE P., 1995, *Les stratégies d'alliance*, Paris, Les éditions d'organisation, 272 p.

MINTZBERG H., 1994, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, Paris, 456p.

REYNAUD J.D., 1989, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Paris : Armand Colin, 306 p.

Rapports

CREDES, janvier 2003, « *Territoires et accès aux soins* », 89p., disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

PICARD M., 2004, « *Aménagement du territoire et établissements de santé* », Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 246p., disponible sur internet : www.ladocumentationfrancaise.fr › Rapports publics

INSEE, mars 2005, « *Territoires de santé en Lorraine : pour une nouvelle organisation sanitaire* », n° 22, disponible sur internet : <http://www.insee.fr/lorraine>

VALLENCIEN G., 2006, Rapport pour la ministre de la santé : « *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France* », pp.77, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., février 2009, « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* », in *Etudes et Résultats*, DREES, n°679, p.6

COUR DES COMPTES, septembre 2011, « *Chapitre IX, les coopérations hospitalières* », in rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011, 262p.

TASSERY M., LEHERICEY H., ARNAUD A., 2011, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales (partie1)* », ANAP, 92p.

YILMAZ.E., 2012, « *Situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et 2012* », Comptes nationaux de la santé, p.73-85, disponible sur internet : http://www.drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_ecl1.pdf

LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., et al., mars 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* », Inspection Générale des affaires sociales, 273p., disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr> › RAPPORTS PUBLICS › Santé › 2012

ARS de Lorraine, décembre 2012, « *La définition des territoires de santé* », Synthèse du PRS Lorrain 2012-2017, pp.16, disponible sur internet : www.ars.sante.lorraine.fr

COUR DES COMPTES, septembre 2013, « *Chapitre IX, l'avenir des hôpitaux locaux* », in rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2013, pp. 309-331.

HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire*, Paris : la documentation française, 52 p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

HUBERT J., MARTINEAU F., février 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : rapport de fin de mission*, Paris : la documentation française, 51p, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000179/>

AUDIBERT G., HASCOET JM., et al., Avril 2016, « *Etat des lieux de l'offre de soins périnatale pour les villes de Remiremont et Epinal. Propositions stratégiques* », pp.12, disponible sur internet : http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/.../Epinal_Remiremont_rapport_

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, mai 2016, « *Vade-mecum. GHT mode d'emploi* », disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte...categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Instruction DGOS/R2/R5 n°2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux. Bulletin officiel, Santé-protection sociale-Solidarité n°2014/8 du 15 septembre 2014, disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-08/ste_20140008_0000_0084.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

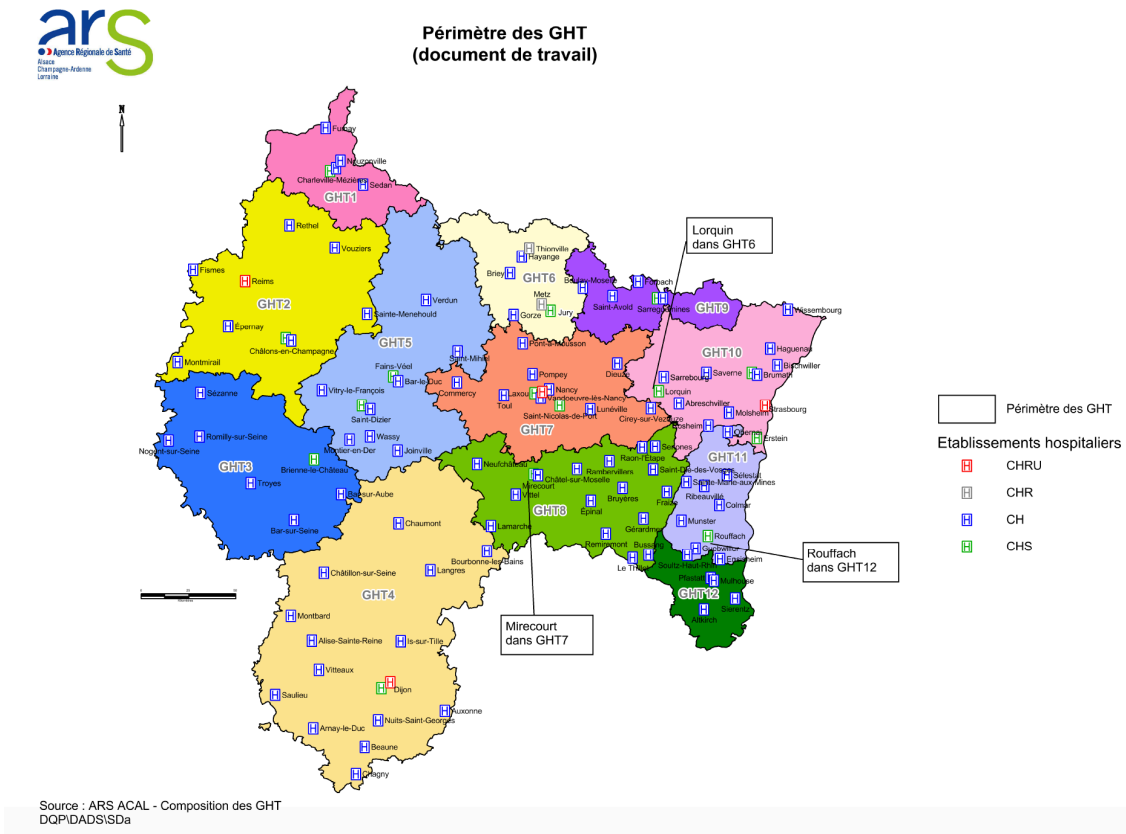
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire [en ligne]. Journal officiel, n° 0101 du 29 avril 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&categorieLien=id>

Sites internet

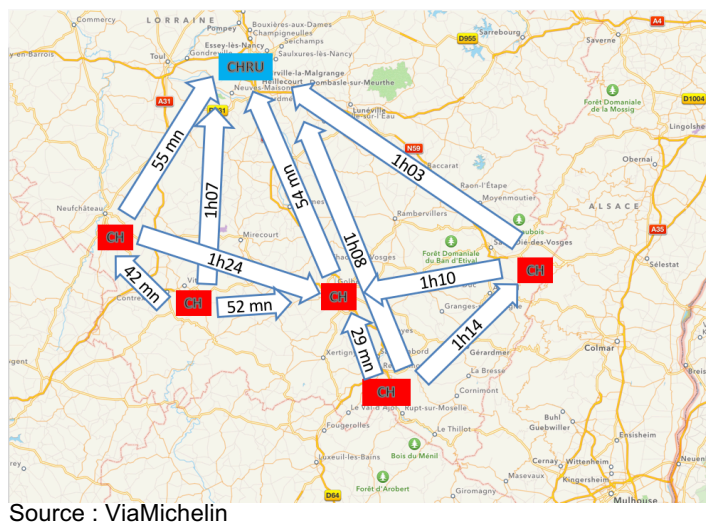
www.irdes.fr
www.social-sante.gouv.fr
www.legifrance.gouv.fr
www.igas.gouv.fr
www.insee.fr

Liste des annexes

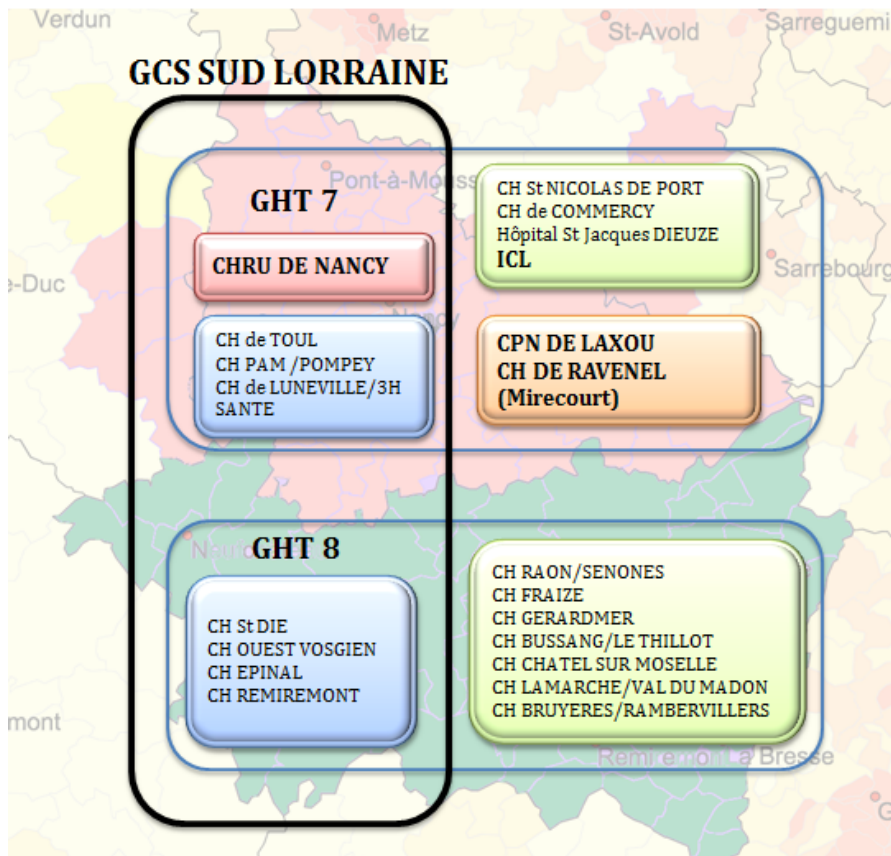
Annexe 1- Cartographie des périmètres des GHT de la région ACAL, préfigurés par l'ARS



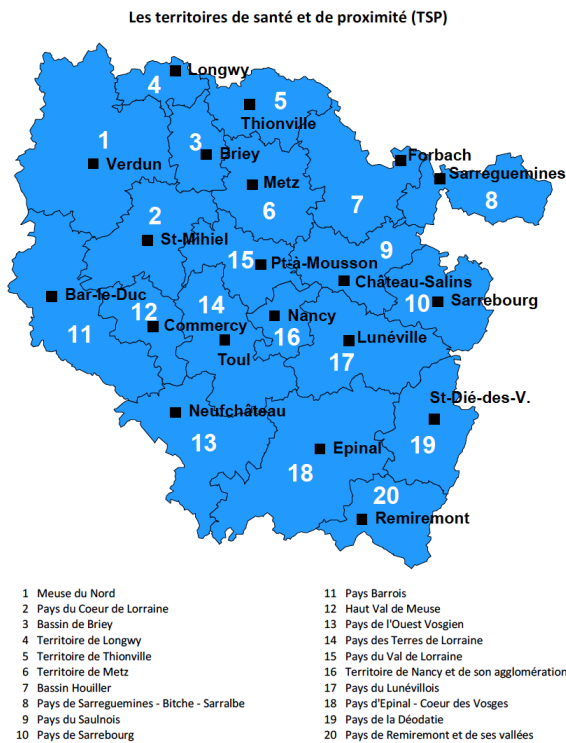
Annexe 2- Cartographie des flux de patients et des distances séparant les établissements de santé



Annexe 3- Modélisation des périmètres du GHT 7, du GHT Vosges et du GCS Sud Lorraine



Annexe 4- Les territoires de santé de proximité, en Lorraine



Source : SROS-PRS de Lorraine 2012-2017

Annexe 5- Synthèse des axes stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT Vosges

Axe 1 Structurer la réponse aux besoins de santé

- **Objectif opérationnel 1.1:** Organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
- **Objectif opérationnel 1.2:** Définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social

Axe 2 Renforcer les activités de proximité et de référence

- **Objectif opérationnel 2.1:** Améliorer l'accès aux spécialités médicales et chirurgicales et aux plateaux techniques, soutenir et spécialiser l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation
- **Objectif opérationnel 2.2:** Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes

Axe 3 Accompagner la fragilité et la vulnérabilité

- **Objectif opérationnel 3.1:** Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées et personnes handicapées
- **Objectif opérationnel 3.2:** Favoriser l'accès aux soins des personnes en difficultés

Axe 4 Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé

- **Objectif opérationnel 4.1:** Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire
- **Objectif opérationnel 4.2:** Définir avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospective des compétences médicales

Axe 5 Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins

- **Objectif opérationnel 5.1:** Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
- **Objectif opérationnel 5.2:** Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles
- **Objectif opérationnel 5.3:** Promouvoir l'efficacité des organisations
- **Objectif opérationnel 5.4:** Apporter une réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire

Annexe 6- Convention constitutive du GHT Vosges

Groupement Hospitalier de Territoire Vosges

Convention constitutive



HOPITAL DE RAMBERVILLERS
 VOSGES

CENTRE HOSPITALIER LOCAL



CH de l'Avison



SOMMAIRE

PREAMBULE	4
RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES-VISAS	5
TITRE I. CONSTITUTION	6
ARTICLE 1- <i>CREATION</i>	6
ARTICLE 2- <i>DENOMINATION</i>	7
ARTICLE 3- <i>OBJET</i>	7
ARTICLE 4- <i>DATE D'EFFET</i>	7
ARTICLE 5- <i>DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT</i>	7
ARTICLE 6- <i>ETABLISSEMENTS ASSOCIES ET ETABLISSEMENTS PARTENAIRES</i>	8
TITRE II- PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	10
ARTICLE 7- <i>ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE</i>	10
ARTICLE 8- <i>PROJET DE SOINS PARTAGE</i>	12
TITRE III- GOUVERNANCE	12
ARTICLE 9- <i>LE COMITE STRATEGIQUE</i>	12
ARTICLE 10- <i>L'INSTANCE MEDICALE COMMUNE</i>	13
ARTICLE 11- <i>LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT</i>	15
ARTICLE 12- <i>INSTANCE COMMUNE DES USAGERS</i>	16
ARTICLE 13- <i>LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS</i>	16
ARTICLE 14- <i>LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL</i>	17
TITRE IV- FONCTIONNEMENT	18
ARTICLE 15- <i>LA FONCTION ACHATS</i>	18
ARTICLE 16- <i>LA CONVERGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION</i>	19
ARTICLE 17- <i>LA COORDINATION DES INSTITUTS ET DES ECOLES DE FORMATION PARAMEDICALE</i>	19
ARTICLE 18- <i>LA COORDINATION DES PLANS DE FORMATION CONTINUE ET DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU</i>	19
ARTICLE 19- <i>LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE DE TERRITOIRE</i>	20
ARTICLE 20- <i>LES POLES INTERETABLISSEMENTS D'ACTIVITE CLINIQUE OU MEDICO-TECHNIQUE</i>	20

TITRE V- DISPOSITIONS DIVERSES.....	20
ARTICLE 21- <i>DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES AU GROUPEMENT</i>	20
ARTICLE 22- <i>ASPECTS FINANCIERS</i>	21
ARTICLE 23- <i>REGLEMENT INTERIEUR</i>	22
ARTICLE 24- <i>COMMUNICATION DES INFORMATIONS</i>	22
TITRE VI- DISPOSITIONS GENERALES.....	22
ARTICLE 25- <i>DUREE</i>	22
ARTICLE 26- <i>RECONDUCTION</i>	22
ARTICLE 27- <i>AVENANTS</i>	23
ARTICLE 28- <i>PROCEDURE DE CONCILIATION</i>	23
ARTICLE 29- <i>RETRAIT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE</i>	24

PREAMBULE

Le Groupement Hospitalier de territoire des Vosges a pour objet de définir collectivement une stratégie territoriale de complémentarité et d'organisation en filières de l'offre de soins entre les établissements publics de santé, reposant sur une gouvernance équilibrée.

Pour cela, il prend appui sur de nombreuses coopérations existantes qui relèvent, soit d'une démarche de recomposition de l'offre de soins, soit d'une organisation de territoire bâtie sur des liens conventionnels et organiques.

Il repose sur un socle de valeurs partagées, respectueuses des missions et de l'autonomie de chaque établissement et du principe de subsidiarité.

Il réunit les établissements publics de santé parties au groupement autour d'un objectif commun, défini dans le projet médical partagé, celui de garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il est le fruit d'une analyse collective au regard des caractéristiques et des besoins du territoire et de la responsabilité de chaque acteur pour chaque niveau de prise en charge, dans le respect des missions du service public.

En effet, la population du territoire des Vosges présente des indicateurs de santé défavorables avec une mortalité prématurée augmentée, une précarité et des risques environnementaux plus importants. Il en résulte des taux comparatifs de patients hospitalisés plus élevés. Dans ce contexte, les hôpitaux locaux des Vosges représentent un atout pour garantir une gestion fluide des parcours de santé par leur approche globale de la personne au carrefour du MCO, du domicile et des acteurs libéraux.

Enfin, il affirme l'ambition des établissements de santé des Vosges de construire ensemble une organisation « agile », créatrice de valeurs dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers, capable de répondre aux besoins de santé et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES-VISAS

- Vu** les articles L.6132-1 à L.6132-6 du Code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu** le décret n° 2016-524, relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoires, du 27 avril 2016 ;
- Vu** le projet régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'ARS de Lorraine en date du 20 juillet 2012 et plus particulièrement son Schéma régional de l'Organisation des Soins (SROS) ;
- Vu** le courrier du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne du 25 février 2016, relatif à la préfiguration des périmètres des groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu** l'avis des Conseils de Surveillance, des Commissions Médicales d'Etablissements, des Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, ainsi que des Comités Techniques d'Etablissements, relatif à la convention constitutive du groupement hospitalier des Vosges, en leur séance ;
- Considérant**, que les Directoires des établissements ont été saisis pour concertation au cours de leur séance ;

NOMS DES ETABLISSEMENTS	CS	CME	CSIRMT	CTE	Directoire
CH de l'Avison	21 juin 2016	20 juin 2016	15 juin 2016	20 juin 2016	20 juin 2016
CH de Chatel sur Moselle	20 juin 2016	15 juin 2016	14 juin 2016	13 juin 2016	15 juin 2016
CH Emile Durkheim	16 juin 2016	22 juin 2016	1 juin 2016	8 juin 2016	20 juin 2016
CH de Fraize	6 juin 2016				6 juin 2016
CH de Gérardmer	15 juin 2016				15 juin 2016
CH de la haute vallée de la Moselle	17 juin 2016	17 juin 2016	10 juin 2016	13 juin 2016	17 juin 2016
CH de Lamarche	16 juin 2016	13 juin 2016	13 juin 2016	13 juin 2016	13 juin 2016
CH de l'Ouest Vosgien	15 juin 2016	14 juin 2016	15 juin 2016	14 juin 2016	13 juin 2016
CH de Raon l'Etape	10 juin 2016				10 juin 2016
CH de Rambervillers	15 juin 2016	13 juin 2016			
CH de Remiremont	16 juin 2016	16 juin 2016	17 juin 2016	16 juin 2016	13 juin 2016
CH de Saint Dié des Vosges	21 juin 2016	14 juin 2016	16 juin 2016	14 juin 2016	13 juin 2016
CH de Senones	13 juin 2016				13 juin 2016
CH du Val du Madon	17 juin 2016	14 juin 2016	9 juin 2016	14 juin 2016	14 juin 2016

Il a été convenu et arrêté ce qui suit.

TITRE I. CONSTITUTION

ARTICLE 1- CREATION

Il est constitué entre les soussignés,

- ✓ CH de l'Ouest Vosgien, dont le siège est 1280, Av de la Division Leclerc, 88307 Neufchâteau [numéro FINESS : 880007299]
- ✓ CH Emile Durkheim, dont le siège est 3, Avenue Robert Schuman, 88021 Épinal [numéro FINESS : 880007059]
- ✓ CH de Remiremont, dont le siège est 1, Rue Georges Lang, 88200 Remiremont [numéro FINESS : 880780093]
- ✓ CH de St Dié des Vosges, dont le siège est 26, Rue du Nouvel-Hôpital, 88100 Saint-Dié-des-Vosges [numéro FINESS : 880780077]
- ✓ CH de Gérardmer, dont le siège est 22, Boulevard Kelsch, 88407 Gérardmer [numéro FINESS : 880000039]
- ✓ CH de la haute vallée de la Moselle, dont le siège est 60 rue Charles de Gaulle, 88162 Le Thillot [numéro FINESS : 880007786]
- ✓ CH de Fraize, dont le siège est 42, Rue de la Costelle, 88230 Fraize [numéro FINESS : 880780325]
- ✓ CH de Senones, dont le siège est 2, rue Poincaré, 88210 Senones [numéro FINESS : 880780366]
- ✓ CH de Raon l'Étape, dont le siège est 27, Rue Jacques Mellez, 88110 Raon-l'Étape [numéro FINESS : 880780291]
- ✓ CH de l'Avison, dont le siège est 16, rue de l'hôpital, 88600 Bruyères [numéro FINESS : 880780259]
- ✓ CH de Rambervillers, dont le siège est 5, rue du Void Regnier, 88700 Rambervillers [numéro FINESS : 880780341]
- ✓ CH de Chatel sur Moselle, dont le siège est 2, Rue des Vergers, 88330 Châtel-sur-Moselle [numéro FINESS : 880780267]
- ✓ CH de Lamarche, dont le siège est 4, rue Bellune, 88320 Lamarche [numéro FINESS : 880780333]
- ✓ CH du Val du Madon, dont le siège est 32, rue Germini, 88502 Mirecourt [numéro FINESS : 880006325]

un Groupement Hospitalier de Territoire, régi par les textes en vigueur et par la présente convention.

ARTICLE 2- DENOMINATION

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« Groupement Hospitalier de Territoire Vosges »

Cette dénomination figure dans tous les actes et documents destinés aux tiers.

ARTICLE 3- OBJET

Le Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges a pour objet, dans le cadre du projet médical partagé élaboré par les établissements parties au groupement :

- De mettre en œuvre une stratégie hospitalière et médico-sociale commune dans le but d'organiser des filières coordonnées et graduées de prise en charge, privilégiant l'offre de proximité ;
- De garantir l'accès à une offre spécialisée et de recours en lien avec le projet médical commun, porté par le Groupement de Coopération Sanitaire Sud Lorraine et par le biais de conventions d'associations ;
- De renforcer l'accès aux soins et à l'expertise médicale en développant l'usage de nouvelles techniques et de nouveaux modes de prise en charge ;
- De contribuer à l'amélioration de l'attractivité médicale en réponse aux enjeux démographiques ;
- De promouvoir l'efficacité par la rationalisation des modes de gestion

ARTICLE 4- DATE D'EFFET

La présente convention prend effet à compter de la date de publication de la décision d'approbation par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne.

ARTICLE 5- DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

L'établissement support du groupement hospitalier des Vosges est le **CH Emile Durkheim**, dont le siège est 3, Avenue Robert Schuman, 88021 Épinal [numéro FINESS : 880007059].

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la convention.

Les établissements parties au groupement proposent, en fonction de la réglementation et des décrets à venir, l'instauration d'une alternance de l'établissement support entre les quatre établissements porteurs d'activités MCO. Les fonctions mutualisées déléguées à l'établissement support pourront être réparties entre les autres établissements parties au groupement

L'alternance interviendra tous les trois ans, à compter de la signature de la présente convention.

ETABLISSEMENTS ASSOCIES ET ETABLISSEMENTS PARTENAIRES

Article 6.1- Etablissements associés

Conformément à l'article L. 6132-1.-III, le Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges est associé au **CHRU de Nancy**, dont le siège est situé 29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny-54000 Nancy [numéro FINESS : 540023264], par le biais d'une convention d'association signée avec l'établissement support.

Il coordonne, au bénéfice des établissements parties aux Groupements Hospitaliers de Territoire auxquels il est associé, les missions mentionnées au IV de l'article L.6132-3 :

- 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, dans une logique de filière et de gradation des prises en charge

Cette association, dont les parties prenantes s'attachent à considérer le caractère fondamental et structurant, se traduit dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Vosges, ainsi que dans la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire Sud Lorrain qui stipule que « *le comité médical de coordination est plus particulièrement chargé :*

- *De préparer toutes mesures visant à faciliter les relations entre les équipes médicales des membres du groupement ;*
- *De favoriser le recrutement des compétences médicales nécessaires aux membres du groupement ;*
- *De faire toutes propositions visant à faciliter la mise en place d'équipes médicales communes ou à temps partagé ».*

Les missions 1° et 2°, mentionnées au IV de l'article L.6132-3, font l'objet d'une évaluation annuelle, dont les résultats sont présentés au comité stratégique.

Les missions 3° et 4°, mentionnées au IV de l'article L.6132-3, sont évaluées à l'issue de la période de validité du projet médical partagé des Vosges. Les résultats de cette évaluation sont présentés pour avis au comité stratégique, chargé de se prononcer sur les éventuelles modifications de la présente convention.

De même, conformément à l'article L.6132-1.-alinéas V et VI,

- Le Centre Hospitalier RAVENEL, établissement de santé autorisé en psychiatrie dont le siège est situé, 1115 Avenue René Porterat, 88500 Mirecourt [numéro FINESS : 880780119] ;
- L'établissement d'hospitalisation à domicile HAD Korian Pays des images, dont le siège est situé, 31 Rue Thiers, 88000 Épinal [numéro FINESS : 880006606] ;
- L'établissement d'hospitalisation à domicile HAD Korian Pays de la plaine, dont le siège est situé, 63 avenue du Président Kennedy, 88309 Neufchâteau [numéro FINESS : 880006721] ;

sont associés à l'élaboration du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de territoire Vosges. Cette association prendra la forme d'une convention d'association conclue avec chaque établissement partie au groupement.

Une coopération d'association renforcée est susceptible d'être également conclue avec les établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire n°7 et de tout autre établissement, membre d'un autre GHT.

Article 6.2- Etablissements partenaires

Dans le cadre des filières de soins graduées en cancérologie et conformément à l'article L6132-1 du code de la santé publique, l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) dont le siège est situé, 6 Avenue de Bourgogne, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy [numéro FINESS : 540001286] est partenaire du Groupement Hospitalier des Vosges.

Des actions de coopérations pourront également être engagées avec les établissements de droit privé, dès lors qu'elles participent aux actions d'amélioration de l'offre de soins prévues dans le projet médical partagé.

Ces actions de coopérations seront formalisées par le biais de conventions de partenariats.

TITRE II- PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 7- *ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE*

Les établissements parties à la convention établissent un projet médical partagé sur la base d'un diagnostic de territoire, en annexe de la présente convention (ANNEXE I).

Le projet médical partagé s'inscrit dans les orientations des plans nationaux de santé et du Projet Régional de Santé (PRS) de Lorraine et plus particulièrement de son Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2017, à savoir :

- **Priorité n°1** : Agir sur les principales causes de mortalité prématurée (les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires, les maladies respiratoires et les suicides)
- **Priorité n°2** : Réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, en lien avec les politiques sociales et d'aménagement du territoire
- **Priorité n°3** : Améliorer l'espérance de vie en bonne santé, en maintenant et développant l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- **Priorité n°4** : Préparer les établissements de santé aux défis de l'avenir, par la promotion d'organisations efficaces, privilégiant l'innovation et le développement de collectifs inter-hospitaliers.

Il associe à son élaboration les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie, les services d'Hospitalisation A Domicile ainsi que l'Institut de Cancérologie de Lorraine.

Il a pour objet de définir la stratégie médicale du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges, déclinée en axes stratégiques :

Axe 1

Structurer la réponse aux besoins de santé

- **Objectif opérationnel 1.1:** Organiser les parcours de soins par filière et pour chaque niveau de prise en charge
- **Objectif opérationnel 1.2:** Définir les modalités de coordination à toutes les étapes du parcours individuel de soins en associant le champ ambulatoire et le médico-social

Axe 2

Renforcer les activités de proximité et de référence

- **Objectif opérationnel 2.1:** Améliorer l'accès aux spécialités médicales et chirurgicales et aux plateaux techniques, soutenir et spécialiser l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation
- **Objectif opérationnel 2.2:** Limiter les inadéquations de prise en charge et éviter le recours à des hospitalisations non pertinentes

Axe 3

Accompagner la fragilité et la vulnérabilité

- **Objectif opérationnel 3.1:** Adapter et diversifier l'offre de soins dédiée aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- **Objectif opérationnel 3.2:** Favoriser l'accès aux soins des personnes en difficultés

Axe 4

Anticiper les difficultés liées à la démographie des professionnels de santé

- **Objectif opérationnel 4.1:** Renforcer l'attractivité des professionnels de santé sur le territoire
- **Objectif opérationnel 4.2:** Définir avec le CHRU, en lien avec ses missions, une politique de gestion prospective des compétences médicales

Axe 5

Contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des pratiques et des organisations de soins

- **Objectif opérationnel 5.1:** Diffuser les bonnes pratiques professionnelles et la culture qualité, sécurité des soins
- **Objectif opérationnel 5.2:** Promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles
- **Objectif opérationnel 5.3:** Promouvoir l'efficacité des organisations
- **Objectif opérationnel 5.4:** Apporter une réponse coordonnée aux situations sanitaires exceptionnelles sur le territoire

Elaboré pour une période de cinq ans à compter de la date de publication de la décision d'approbation par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne, la version intégrale attendue pour le 1 juillet 2017 et comportant l'ensemble des éléments mentionnés à l'Art.R.6132-3.-I, fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

La modification du projet médical partagé ainsi que son renouvellement à l'issue de sa période de validité donnent lieu à l'approbation d'un avenant à la présente convention par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne, dans les conditions et les modalités prévues à l'article 27.

ARTICLE 8- PROJET DE SOINS PARTAGE

Le Projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

TITRE III- GOUVERNANCE

ARTICLE 9- LE COMITE STRATEGIQUE

Article 9.1- Compétences

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, les modifications de la présente convention, l'admission ou le retrait d'un ou plusieurs membres du Groupement Hospitalier de Territoire Vosges, dans les conditions prévues à l'article 21 et 29, ainsi que les éventuelles modifications apportées par voie d'avenant au projet médical partagé.

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

Il élabore et adopte le règlement intérieur du Groupement Hospitalier de Territoire dans un délai d'un an à compter de la date d'approbation de la convention.

Article 9.2- Composition

Il est composé des directeurs, des présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 1 de la présente convention, du président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement ainsi que du praticien responsable du département d'information médicale de territoire, ou leurs représentants.

Peuvent également assister, au titre d'invités permanents avec voix consultative, le coordonnateur médical du GCS et le président du comité stratégique du GHT 7, ou leurs représentants.

Le comité stratégique peut décider de faire participer à ses réunions toute personne qu'il jugera nécessaire à la réflexion qu'il mène, avec voix consultative.

Article 9.3- Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement siège de la gouvernance.

Il se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an, sur convocation de son Président et de droit à la demande de la moitié de ses membres.

L'ordre du jour est fixé par le Président sur propositions de ses membres.

Le comité stratégique est convoqué par écrit, au moins quinze jours à l'avance.

Les décisions sont prises en concertation, à défaut après un vote à la majorité qualifiée des deux tiers des voix exprimées et sur la base d'un quorum de deux tiers des membres du comité stratégique, chaque établissement disposant d'une voix.

Le comité stratégique peut décider de mettre en place un bureau restreint dont les compétences, la composition et l'organisation seront fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

ARTICLE 10- L'INSTANCE MEDICALE COMMUNE

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement ont choisi de mettre en place un collège médical.

Article 10.1- Compétences

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire du groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement.

Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Article 10.2- Composition

Les présidents des commissions médicales d'établissement des établissements parties au Groupement Hospitalier de territoire sont membres de droit au titre de leurs fonctions.

Outre les présidents de CME, le collège médical comprend :

- Les « praticiens référents filières » identifiés dans le projet médical partagé et proposés par le comité stratégique ;
- Un représentant de chacune des CME désigné en son sein ;
- Un représentant des internes, désigné par et au sein des CME des établissements membres.

Assistent avec voix consultative :

- Le président du comité stratégique
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de territoire
- Le praticien responsable de l'information médicale de territoire
- Le coordonnateur médical du GCS et le président du collège médical du GHT 7
- Un représentant des directeurs des établissements MCO et des établissements ex-hôpitaux locaux, par territoire de santé de proximité

Les membres de droit désignés cessent d'exercer leur mandat dès lors qu'ils perdent la qualité au titre de laquelle ils sont membres.

Article 10.3- Fonctionnement

Le collège médical élit son président et son vice-président parmi les praticiens qui en sont membres.

Les fonctions de président sont de trois ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président prennent fin sur présentation de sa démission au président du comité stratégique ou au terme du mandat.

Les fonctions de président du collège médical sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle, sauf exception à la règle prévue dans le règlement intérieur.

Le collège médical se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an, sur convocation de son Président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

Les avis sont approuvés à la majorité de ses membres.

Il peut associer les établissements partenaires et associés à ses réflexions et à ses travaux, avec voix consultative.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins sept jours avant la tenue de la séance.

Le collège médical adopte son règlement intérieur.

ARTICLE 11- LA COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

Conformément à l'article R.6132-12.-I. la composition ainsi que les modalités de fonctionnement sont déterminées par référence aux règles applicables à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques d'établissement.

Article 11.1- Compétences

Elle émet un avis sur les questions relatives à :

- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- La politique de développement professionnel continu

Elle élabore le projet de soins partagé de groupement en cohérence avec le projet médical partagé.

Article 11.2- Composition

Les présidents des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques des établissements parties au groupement sont membres de droit de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de groupement, au titre de leurs fonctions.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de groupement comprend deux représentants des Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de chaque établissement, désignés en leur sein.

Assistent avec voix consultative

- Les directeurs des instituts et des écoles de formation paramédicale
- Un représentant médical désigné par le collège médical

Article 11.3- Fonctionnement

Son président est un coordonnateur général des soins, désigné par le directeur de l'établissement support, sur proposition du comité stratégique. Son mandat est de trois ans, renouvelable une fois.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de groupement se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an sur convocation de son Président ou à la demande des deux tiers de ses membres. La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié de ses membres désignés sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Toute personne qualifiée peut-être invitée à l'initiative de son président ou d'un tiers des membres. L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins sept jours avant la tenue de la séance.

La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de groupement adopte son règlement intérieur.

ARTICLE 12- INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

L'instance des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, par avenant et après avis des commissions des usagers des établissements parties.

ARTICLE 13- LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS

Article 13.1- Compétences

Le comité territorial des élus 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. A ce titre, il s'assure du respect et de la coordination des objectifs et des actions mis en œuvre par le Groupement Hospitalier de Territoire avec ceux du Projet Médical commun du Groupement de Coopération Sanitaire Sud Lorraine. Il peut émettre des propositions au comité stratégique et est informé des suites qui leur sont données.

Article 13.2- Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- D'un représentant des élus des collectivités territoriales siégeant aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement et désignés en leur sein.
- Des maires des communes sièges des établissements parties au groupement ;
- Du président du comité stratégique ;
- Des directeurs des établissements parties au groupement ;
- Du président du collège médical et d'un représentant médical du collège médical désigné en son sein.

Article 13.3- Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de trois ans.

Il se réunit au moins une fois par an, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

Il peut inviter, à titre consultatif, toute personne qui, en raison de ses compétences, peut apporter un éclairage supplémentaire aux débats conduits en son sein.

ARTICLE 14- LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article 14.1- Compétences

La conférence territoriale de dialogue social est informée des questions portant sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

Article 14.2- Composition

Conformément à l'article R.6132-14 du Code de la Santé Publique, chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement, bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social.

La conférence territoriale de dialogue social comprend quinze sièges répartis sur la base des dernières élections professionnelles départementales, arrondis au chiffre supérieur pour l'organisation arrivée en tête des élections.

Les branches santé des organisations syndicales, mentionnées à l'article R.6132-14 du code de la santé publique, désignent leurs représentants au sein de cette instance.

Siègent également le président du comité stratégique, un représentant des directeurs des établissements MCO et des établissements ex hôpitaux locaux, par territoire de santé de proximité, désignés au sein et par le comité stratégique.

Article 14.3- Fonctionnement

La conférence est réunie au moins une fois par an, soit à la demande du Président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de la conférence.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

TITRE IV- FONCTIONNEMENT

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement.

ARTICLE 15- LA FONCTION ACHATS

Le Groupement Hospitalier de Territoire entend poursuivre la politique de mutualisation des achats engagée par les établissements parties au groupement. Cette politique s'inscrit dans le cadre du programme PHARE, avec pour objectifs la convergence des besoins avec les objectifs du projet médical partagé et l'optimisation de la fonction achats.

L'atteinte de ces objectifs passe par la mise en œuvre d'une coordination territoriale chargée de la mutualisation des segments d'achats communs et de la professionnalisation de la fonction achats. Cette coordination prendra en compte les engagements actuels des établissements auprès des groupements et centrales d'achats.

Elle s'appuie sur une commission territoriale des achats, composée des responsables achats des établissements parties au groupement et en charge de la définition d'un plan d'achats pluriannuels, de sa mise en œuvre et de son évaluation.

ARTICLE 16- LA CONVERGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION

Conformément à l'article R.6132-15.-I, le schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire des Vosges est défini, en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant pour le 1 janvier 2018.

ARTICLE 17- LA COORDINATION DES INSTITUTS ET DES ECOLES DE FORMATION PARAMEDICALE

La territorialisation de l'offre de formation paramédicale doit répondre aux enjeux démographiques qui nécessitent le développement de compétences et aux évolutions des organisations et des pratiques professionnelles.

L'offre de formation paramédicale du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges est organisée en deux pôles de formation.

Les directeurs des pôles de formation sont chargés de l'élaboration d'une politique de formation territorialisée en cohérence avec le projet médical partagé, le découpage universitaire et la politique sociale.

A ce titre, ils participent à la définition d'un socle commun des projets pédagogiques, d'une politique de stage unifiée et à la promotion du développement des compétences et de la recherche en soins infirmiers.

Ils émettent un avis sur la politique territoriale de formation continue et de Développement Professionnel Continu et participent à la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques du groupement.

ARTICLE 18- LA COORDINATION DES PLANS DE FORMATION CONTINUE ET DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) a pour objectif de définir, en concertation avec l'ANFH, une politique de formation cohérente à l'échelle du territoire portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette politique s'inscrit dans les axes stratégiques du projet médical partagé et les orientations nationales en matière de santé publique. Elle inclut la formation des professionnels de santé du champ sanitaire et médico-social ainsi que la formation des professionnels des fonctions administratives, logistiques et techniques.

Elle est relayée au niveau de chaque établissement parties au groupement par le biais des commissions de formation, responsables des plans de formation, de leur mise en œuvre et de leur évaluation.

ARTICLE 19- LE DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE DE TERRITOIRE

Désigné par le directeur de l'établissement support, sur proposition du collège médical, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire rend compte au moins une fois par an de l'activité des établissements au comité stratégique et participe à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de leur utilisation dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du projet médical partagé.

Pour ses missions définies au 1°, 3° et 4° de l'article R. 6113-11-3. le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire s'appuie sur les équipes des départements d'information médicale et sur les contrôleurs de gestion de l'ensemble des établissements parties au groupement.

ARTICLE 20- LES POLES INTER-ETABLISSEMENTS D'ACTIVITE CLINIQUE OU MEDICO-TECHNIQUE

Les établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges peuvent constituer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique, dans les conditions fixées à l'article R. 6146-9-3.

TITRE V- DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21- DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES AU GROUPEMENT

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de Groupement Hospitalier de Territoire.

L'adhésion d'un autre établissement public de santé ou d'un établissement ou service médico-social public ultérieurement à la signature de la présente convention, fera l'objet d'un avenant à la convention dès lors qu'il accepte sans réserve les conditions mentionnées dans ladite convention et qu'il n'est partie à aucun autre groupement hospitalier de territoire.

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

La qualité d'établissement partie au groupement ne fait pas obstacle à la poursuite des actions de coopérations engagées préalablement dans un cadre conventionnel ou institutionnel avec des personnes de droit public ou privé. De même, elle ne s'oppose pas au fait d'initier ou de se joindre à des actions de coopérations, dès lors qu'elles s'exercent en cohérence avec le Projet Médical de Territoire et dans le respect des actions menées au sein du présent Groupement Hospitalier de Territoire et des dispositions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Conformément au principe de spécialité légale, toute compétence qu'un établissement partie au groupement n'aurait pas expressément confiée à l'établissement support relève exclusivement de sa responsabilité.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques.

Le statut d'établissement partie emporte l'adhésion de l'établissement au projet médical partagé porté par le groupement, ainsi qu'aux modalités de fonctionnement du groupement.

ARTICLE 22- ASPECTS FINANCIERS

Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

Conformément à l'article R.6132-21. « *Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire devront transmettre au comité stratégique, pour avis, leur état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R.6145-29.*

Cet avis sera transmis, au plus tard huit jours après la date limite au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé ».

Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations gérées par l'établissement support, selon une clé de répartition qui sera fixée par arrêté ministériel ou le cas échéant conjointement par les membres du groupement.

ARTICLE 23- REGLEMENT INTERIEUR

Le comité stratégique établi, dès son installation, un règlement intérieur qui viendra compléter les dispositions des présents statuts relatives à la composition, aux missions et aux règles d'organisation et de fonctionnement des instances du groupement, ci-dessus instituées.

Ce règlement constitue un élément complémentaire de la convention constitutive.

ARTICLE 24- COMMUNICATION DES INFORMATIONS

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne, dans un délai d'un mois suivant leur signature.

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement, notamment la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée.

TITRE VI- DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 25- DUREE

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans à compter de la date de publication de la décision d'approbation par Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne.

ARTICLE 26- RECONDUCTION

La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire est renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation anticipée du comité stratégique après avis des instances des établissements parties au groupement :

- Pour litige ou différend dans les dispositions prévues à l'article 25
- Sur demande motivée des conseils de surveillance d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement
- Pour toute modification majeure du projet médical partagé susceptible de remettre en cause l'objet même de la convention

La dénonciation anticipée du comité stratégique est soumise à la décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Compte-tenu des coopérations existantes, dans le cadre du GCS Sud Lorrain, il est convenu que le collège médical évaluera la mise en œuvre du Projet Médical Partagé du GCS à l'échéance de trois ans, à compter de la date de signature de la présente convention.

Il soumettra au comité stratégique l'opportunité d'une fusion avec le GHT 7, si un projet médical partagé, ambitieux et respectueux des formes ayant présidées à l'élaboration du projet médical partagé des Vosges, est mis en œuvre.

A ce titre, la fusion sera soumise à l'approbation de l'unanimité du comité stratégique.

ARTICLE 27- AVENANTS

La présente convention, ainsi que le projet médical partagé qui lui est annexé, peuvent être modifiés par décision du comité stratégique, après avis et concertation des instances des établissements parties au groupement.

Conformément à l'article 21, toute nouvelle adhésion d'un établissement public de santé ou d'un établissement ou service médico-social public fait l'objet d'un avenant.

Les avenants à la présente convention sont préparés par le comité stratégique et approuvés par l'ensemble des parties signataires.

Ils sont soumis à l'approbation de Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne.

ARTICLE 28- PROCEDURE DE CONCILIATION

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend aux conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'Agence Régionale de Santé de la région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne.

Faute d'accord dans le délai imparti, le Tribunal Administratif de Nancy pourra être saisi.

ARTICLE 29- RETRAIT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Chaque établissement partie au groupement conserve la faculté de se retirer du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges, en respectant un préavis formulé au comité stratégique de six mois.

Le retrait du groupement sera réalisé par voie d'avenant après approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Fait à, *Epiral*, le *22/06/16*.

Pour le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien


 Le Directeur
 Patrick PENVEN

Pour le Centre Hospitalier du Val du Madon


 Le Directeur
 François FOUCHET

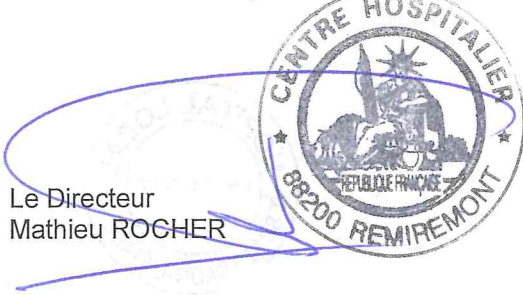
Pour le Centre Hospitalier Emile Durkheim


 Le Directeur
 Mathieu ROCHER

Pour le centre Hospitalier de Lamarche


 Le Directeur
 François FOUCHET

Pour le Centre Hospitalier de Remiremont


 Le Directeur
 Mathieu ROCHER

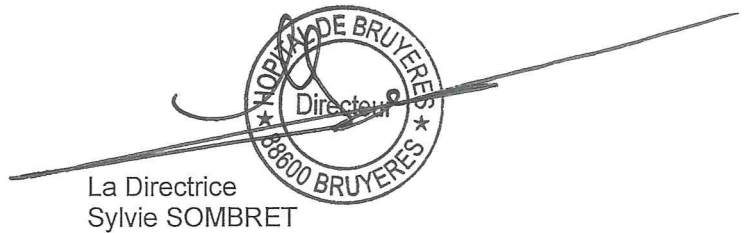
Pour le Centre Hospitalier de Chatel sur Moselle


 La Directrice
 Gabrielle GUILLAUME

Pour le Centre Hospitalier de Saint Dié des Vosges


 Le Directeur
 Mathieu ROCHER

Pour le Centre Hospitalier de l'Avison


 La Directrice
 Sylvie SOMBRET

Pour le Centre Hospitalier de Gérardmer

Pour le Centre Hospitalier de Rambervillers

Le Directeur
 Mathieu ROCHER



La Directrice
 Sylvie SOMBRET



Pour le Centre Hospitalier de la Haute Vallée de la Moselle

Pour le Centre Hospitalier de Fraize

Le Directeur
 Richard CLAUDON



Le Directeur
 Mathieu ROCHER



Pour le Centre Hospitalier de Senones

Pour le Centre Hospitalier de Raon l'Étape

Le Directeur
 Mathieu ROCHER



Le Directeur
 Mathieu ROCHER



PEIFFER

PASCALE

Décembre 2016

Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social
Promotion 2015-2016

**Enjeux et perspectives dans la construction des Groupements
Hospitaliers de Territoire (GHT)**
Éléments de réflexion à partir de l'exemple du GHT Vosges

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Si la restructuration de l'offre de soins n'a cessé d'être à l'ordre du jour des réformes de santé, la loi de modernisation du 26 janvier 2016 marque, quant à elle, un véritable tournant.

En créant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), avec l'obligation pour les établissements publics de santé d'y adhérer pour le 1^{er} juillet 2016, elle incite les acteurs à s'inscrire dans un nouvel espace de coordination.

Dès lors, l'enjeu territorial de ce nouvel outil juridique, dépourvu de personnalité morale et qui succède aux Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), devient majeur en dessinant les contours d'un groupe public, chargé d'élaborer le Projet Médical Partagé (PMP).

Incités à engager les établissements dans une stratégie d'alliance à l'échelle du territoire, les directeurs et les communautés médicales sont alors inmanquablement confrontés aux questions suivantes : Comment concilier proximité et gradation des soins dans le choix du périmètre du GHT ? Comment garantir l'autonomie des établissements, alors que les dispositions réglementaires en font un dispositif d'intégration ? Comment dans un délai contraint et alors que subsistent des incertitudes amener les acteurs à coopérer autour d'un objectif commun ?

Vouloir apporter une réponse unique à chacune de ces questions serait illusoire.

L'objet de ce travail est de proposer, à travers l'exemple du GHT Vosges, un éclairage sur le processus de construction des GHT.

Le modèle présenté permet de répondre aux questions précédentes, en identifiant le cadre de réflexion qui a présidé à sa construction ainsi que les leviers d'actions qui ont été mobilisés pour l'atteinte des objectifs.

Mots clés :

GHT- Etablissements publics de santé-Vosges-Coopération- Coopétition-
Territoire-Projet Médical Partagé-Convention Constitutive-Gouvernance-
Co-construction.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.