



Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire

L'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon – La Seyne sur mer

Floryse VERHEYDEN

Remerciements

Je remercie Monsieur Funel, mon maître de stage et directeur général adjoint, pour m'avoir accueillie au sein du CHITS. Mon stage au sein de sa direction m'a permis d'approfondir mon sens de l'autonomie, la prise d'initiatives et de développer ma créativité.

Je tiens à remercier Monsieur Rodrigues, secrétaire général, pour sa disponibilité, son écoute, ses précieux conseils et son accompagnement pour que ce stage se déroule dans les meilleures conditions.

J'exprime ma reconnaissance sincère à Eugénie Reyne, ma collègue stagiaire, pour sa solidarité et son amitié qui m'ont permis d'aborder ce stage avec sérénité et jovialité.

Ma reconnaissance va également vers l'équipe de la Direction qualité pour leur convivialité et leur accueil ainsi que pour les échanges qui m'ont permis d'approfondir ma culture hospitalière. J'exprime toute ma gratitude à Monsieur Jacques Malavaud pour avoir facilité mon intégration au sein de l'établissement, pour son écoute et son soutien tout au long de ce stage. Je remercie également Corinne Malavialle pour ses conseils et son expertise qui m'ont aidée à acquérir une expérience dans le domaine de la communication.

Je remercie enfin l'ensemble de l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire pour leur accueil bienveillant, pour m'avoir fait partager leur expérience, leurs pratiques, leurs savoirs et pour le travail en équipe que nous avons pu fournir.

Sommaire

Introduction	6
1 Le Groupement hospitalier de territoire : Une réforme nationale à déclinaison territoriale ..	10
1.1 Une réforme parmi les plus restructurantes de notre système de soins.....	10
1.1.1 Le contexte	10
1.1.2 Le cadre juridique.....	12
1.2 Un projet reposant sur une logique de coopération	13
1.2.1 La volonté affichée de l'émergence d'une coopération entre établissements sur un territoire	13
1.2.2 Le projet médical partagé, pierre angulaire du GHT	14
1.3 Une nouvelle cartographie de l'offre de soins avec des GHT à géométrie variable	15
1.3.1 Un dispositif associant l'ensemble des acteurs du territoire de santé	15
1.3.2 Le CHITS dans le territoire de santé	17
2 Le Groupement hospitalier de territoire : un défi structurel et managérial	20
2.1 Un projet ambitieux	20
2.1.1 Les contraintes réglementaires et temporelles	20
2.1.2 Des mutualisations à venir	22
2.2 Les problématiques soulevées par la mise en place du groupement hospitalier de territoire	23
2.2.1 La persistance d'interrogations et d'incertitudes	24
2.2.2 Les contraintes organisationnelles et managériales	25
2.3 Identification des facteurs de réussite	26
2.3.1 Les acquis des coopérations antérieures : l'interopérabilité et la cohésion	26
2.3.2 Associer et mobiliser les acteurs pour une démarche cohérente	29

3 Le Groupement hospitalier de territoire, la définition des objectifs stratégiques et opérationnels.....	30
3.1 Déterminer une approche managériale	30
3.1.1 La conduite du changement	30
3.1.2 La communication	31
3.2 Déterminer une approche processus.....	32
3.2.1 Les étapes préparatoires.....	32
3.2.2 La construction du projet.....	33
3.3 L'attaché d'administration hospitalière et le groupement hospitalier de territoire	35
3.3.1 Son positionnement et sa méthodologie.....	35
3.3.2 L'impact de la réforme sur le métier d'AAH	36
Conclusion	37
Bibliographie	38
Liste des annexes	41
- ANNEXE 1 -	42
- ANNEXE 2 -	43

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière

ARS : Agence Régionale de santé

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon – La Seyne sur mer

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CS : Conseil de Surveillance

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSP : Code de la Santé Publique

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAD : Hospitalisation à Domicile

HCL : Hospices Civiles de Lyon

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IME : Institut Médico-Educatifs

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PACA : Provence – Alpes – Côtes d'Azur

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PMP : Projet Médical Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

PSP : Projet de Soins Partagé

SIH : Système d'Information Hospitalier

SRoS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Le 1^{er} juillet 2016 a donné le coup d'envoi à la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce nouveau mode de coopération, institué par l'article 107 de la loi n°2016-31 du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a pour objet l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes de territoire. Le GHT repose sur l'élaboration d'un projet médical partagé portant sur toutes les activités et organisant une offre de soins de proximité et de recours.

Cette loi, parmi les plus structurantes de notre système de soins, a pour objectif d'organiser une stratégie commune entre les établissements membres du groupement dans un esprit d'efficacité commune et qui garantisse l'équilibre des relations. Le GHT ainsi institué ambitionne de disposer sur le territoire d'une offre de santé en proximité et en complémentarité par la mise en place de réelles coopérations entre les institutions et les équipes. Le développement des mutualisations et des coopérations entre équipes médicales, soignantes et administratives contribueront à l'obtention de gains d'efficacité en termes de gestion et de compétences, dans le respect de l'autonomie juridique des établissements.

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT est venu définir les conditions de création, les modalités de gouvernance de chaque groupement ainsi que le périmètre de mutualisation des fonctions et activités relatives au projet médical partagé. Si le déploiement du dispositif est prévu jusqu'en janvier 2021, au 1^{er} juillet 2016 les établissements parties au GHT ont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de la région Provence – Alpes – Côtes d'Azur (PACA) de santé les premières orientations du projet médical partagé et leur convention constitutive, approuvée à cette même date.

Au 1^{er} juillet 2016 également, un arrêté du directeur général de l'ARS a fixé la composition du GHT Var qui concerne 1 million d'habitants et 9 établissements publics de santé¹ dont l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Sainte Anne en tant qu'établissement associé². C'est dans ce contexte de réforme territoriale que s'est déroulé mon stage au sein du Centre hospitalier intercommunal de Toulon – La Seyne sur mer (CHITS), désigné établissement support du GHT VAR.

¹ ANNEXE 2

² Décision du 20 juin 2016 portant autorisation pour l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne d'être associé à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Var.

La création des GHT s'inscrit dans la continuité du Pacte de confiance à l'Hôpital³ et de la stratégie nationale de santé⁴ pour réaffirmer la notion de service public hospitalier qui avait disparu avec la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009⁵. C'est cette même loi qui avait institué les communautés hospitalières de territoire (CHT), dont le succès mitigé a conduit à la mise en place des GHT au caractère obligatoire et non plus facultatif.

Ce caractère obligatoire suscite des interrogations et des inquiétudes dans un contexte où certains établissements, autrefois concurrents ou en autonomie, vont devoir travailler de concert pour la mise en œuvre de mutualisations de certaines fonctions supports dans l'objectif d'une coopération auprès d'un projet médical partagé. Cette logique de coopération devra alors nécessairement s'inscrire dans une démarche projet prenant en considération les intérêts et les attentes des différents acteurs afin qu'ils s'approprient ce nouvel outil juridique.

La configuration du GHT impacte directement différentes directions des établissements de santé. Les restructurations à prévoir sur la fonction achat et les systèmes d'information, mais également en termes de formation et de qualité sont autant de problématiques auxquels l'attaché d'administration hospitalière (AAH) sera confronté au cours de son exercice professionnel. Le traitement de la question du GHT apparaît alors comme une nécessité professionnelle pour l'AAH afin notamment de comprendre le cadre dans lequel vont s'inscrire ses futures missions mais également les compétences, la technicité et son rôle d'encadrement de proximité auprès des différents agents qu'il sera amené à mobiliser pour concourir à la réussite de cette réforme.

La question qui se pose alors est de savoir comment accompagner la mise en œuvre des GHT de façon à ce que les acteurs s'approprient un outil destiné à la réorganisation des parcours de soins sur le territoire dans une perspective d'efficience ?

³ E. COUTY, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux », Mars 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

⁴ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », 23 septembre 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf

⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n°1

Cette question découle d'une préoccupation tenant à la fois à l'impact de ces groupements sur les modes d'organisation des établissements publics de santé et sur leurs modèles de management. En effet, les délégations à prévoir pour la gestion des mutualisations sur les fonctions supports vont entraîner à la fois un transfert de responsabilité au profit de l'établissement support mais également une réorganisation interne au sein des différentes directions des établissements parties, sur le plan administratif mais aussi clinique et médico-technique.

Cette démarche projet appelle à la mobilisation des compétences de chacun et amène une réflexion commune autour du parcours patient dans une logique d'efficience. La conduite du changement appelle à s'interroger sur la problématique de la dynamique à mettre en œuvre et les différentes étapes de la transformation des organisations pour relever les défis soulevés par les stratégies de l'action publique⁶. L'objectif est alors de mettre en perspective une restructuration suscitée par l'action publique aux problématiques rencontrées par les acteurs et les moyens qu'ils seront amenés à déployer.

A cette fin, notre étude s'attachera dans un premier temps à présenter le GHT dans son cadre à la fois juridique et institutionnel pour en comprendre les objectifs et la stratégie de groupe qu'il entend mettre en place (1). Il s'agira dans un deuxième temps de se pencher sur les conséquences que cette réforme engendre en interne pour les établissements, d'un point de vue à la fois structurel et managérial (2). Enfin, le GHT s'inscrivant dans une démarche de gestion de projet, sera étudié dans un troisième temps les outils et les moyens de la conduite du changement dans une approche processus et managériale (3).

Ma mission au sein du CHITS a consisté en une approche généraliste du GHT. Il s'agissait principalement d'identifier les différents attendus réglementaires pour aider à la planification du projet, de mettre à la disposition de mon directeur et maître de stage des notes méthodologiques à l'attention des établissements parties au groupement et de rédiger une première version du règlement intérieur. La configuration de mon stage ne m'a pas permis de participer aux instances et donc d'appréhender de façon claire la stratégie voulue par le groupement. J'ai débuté mon travail en recherchant la littérature existante sur le GHT et en étudiant les textes parus à son sujet. Dans une approche plus pragmatique pour la rédaction du règlement intérieur, j'ai réalisé un benchmarking en prenant connaissance de différentes conventions constitutives transmises par

⁶ <https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-3-page-51.html>

des directeurs et AAH d'autres établissements afin notamment d'identifier les points manquants, les vigilances à observer et la méthodologie qu'il était possible d'employer.

1 Le Groupement hospitalier de territoire : Une réforme nationale à déclinaison territoriale

Construite sur les bases du Pacte de confiance pour l'hôpital et de la stratégie nationale de santé, la loi de modernisation de notre système de santé envisage une restructuration de grande ampleur de notre système de soins (1.1) reposant sur une logique de coopération (1.2) et qui redessine notre cartographie de l'offre de soins avec des GHT à géométrie variable (1.3).

1.1 Une réforme parmi les plus restructurantes de notre système de soins

Pour comprendre comment cette réforme a restructuré notre système de soins, il convient dans un premier temps d'envisager le contexte dans lequel elle s'inscrit (1.1.1) avant de définir son cadre juridique (1.1.2).

1.1.1 Le contexte

« Un seul objectif : l'égalité. Une seule méthode : l'innovation. Ce texte garantit l'accès de tous à des soins de qualité. C'est un texte contre l'immobilisme et la résignation. C'est un texte qui vise à offrir à chacun les mêmes droits, les mêmes chances, pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé. ». C'est ce qu'a déclaré la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, à l'issue du vote du projet de loi⁷. Cette loi, issue d'un travail parlementaire de plus d'un an et de nombreux échanges avec les professionnels de santé, s'est construite autour de trois axes⁸ et puise ses racines dans le Pacte de confiance pour l'hôpital et la stratégie nationale de santé.

Le 7 septembre 2013 ont été engagés les travaux du Pacte de confiance pour l'hôpital sur la base d'une lettre de mission adressé à Edouard Cauty soulignant⁹ *« la nécessité de renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies*

⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « Dossier de presse – Loi de modernisation de notre système de santé », 28 janvier 2016 [consulté le 29 août 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

⁸ Axe n°1 : Innover pour mieux prévenir.

Axe n°2 : Innover pour mieux soigner en proximité.

Axe n°3 : Innover pour renforcer les droits et la sécurité du patient.

⁹ E. COUTY, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux », Mars 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

et de restaurer des relations loyales et confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat. »

Ainsi, si les progrès médicaux, scientifiques et technologiques ont fait de l'hôpital un lieu de haute technicité et de compétences professionnelles. Il doit sans cesse s'adapter aux besoins des patients et aux enjeux de santé publique dans un contexte de contrainte budgétaire qui oblige à rationaliser les dépenses de santé tout en garantissant la qualité des prises en charge. L'enjeu de ce Pacte de confiance consiste en une revalorisation des professionnels qui éprouvent un sentiment de dégradation de leurs conditions de travail et d'exercice. C'est à cette fin que le Pacte s'attachait à développer 4 volets prioritaires dont notamment la réaffirmation et la construction du service public hospitalier centré le parcours du patient et ouvert sur son environnement dans le cadre d'un dispositif plus large sur un territoire.

La stratégie nationale de santé s'inscrit dans ces orientations. Elle a vocation à cadrer l'action publique à moyen et long terme afin de lutter contre les inégalités de santé et d'accès aux soins mais aussi d'adapter le système de santé aux mutations à venir (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires etc.)¹⁰. A cette fin la réaffirmation du service public hospitalier, notion supprimée par la loi HPST du 21 juillet 2009, doit permettre d'assurer une cohérence globale du service public et sa pérennité en confortant les Centres hospitaliers universitaires (CHU) dans leur rôle d'excellence en matière de recherche et de formation et les hôpitaux de proximité dans leur rôle pivot de prise en charge de premier recours dans certains territoires.

La loi du 26 janvier 2016 ambitionne de soutenir à l'échelle des territoires la mise en place d'hôpitaux publics forts aux projets médicaux cohérents et ambitieux et de lutter contre l'isolement de certains établissements publics de santé. Une coopération entre établissements est ainsi devenue le mot d'ordre et se matérialise au travers des GHT qui doivent permettre aux établissements publics de santé d'élaborer un projet médical partagé et de mettre en commun des missions ou des fonctions supports.

¹⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », 23 septembre 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf

1.1.2 Le cadre juridique

Cette restructuration de notre cartographie de l'offre de soins assoit la volonté des pouvoirs publics de territorialiser la politique de santé. Conformément à l'article L.6132-1 alinéa 2 du code de la santé publique (CSP), les GHT ont « *pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* » et assurent « *la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* ».

Sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS, tous les établissements publics de santé doivent se constituer un GHT. Une dérogation n'est possible que selon les caractéristiques liées à la taille de l'établissement, à sa situation géographique ou à la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins. Pour fonctionner, le GHT repose sur deux documents complémentaires : la convention constitutive et le règlement intérieur.

La convention constitutive énonce les principes structurant le GHT et le projet médical partagé. Elle contient des mentions obligatoires à adapter au contexte et à la spécificité du groupement. Le décret du 27 avril 2016 est venu en préciser les modalités d'application afin de permettre aux établissements de santé d'en définir le contenu¹¹. Elle est conclue pour 10 ans et élaborée par les directeurs, les présidents des commissions médicales d'établissements (CME) et les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) pour la soumettre par la suite à l'avis des différentes instances des établissements parties¹². La convention une fois signée est transmise pour avis au directeur général de l'ARS qui contrôle la conformité de celle-ci au projet régional de santé et doit l'approuver dans les deux mois.

Le règlement intérieur précise et complète la convention constitutive en fixant l'organisation interne et le fonctionnement du groupement. Il décline la convention constitutive et détermine les règles de fonctionnement du groupement pour la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans la convention constitutive, y compris la mise en œuvre des modalités de gouvernance. Les textes fournissent peu d'informations quant à son contenu, qui en tout état de cause dépendra :

¹¹ Article R. 6132-1 du code de la santé publique.

¹² Article R. 6132-6 du code de la santé publique. Les instances dont l'avis a été requis sont : le directoire, le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers de rééducation et médicotechniques, le comité technique d'établissement.

- De la nature des acteurs (sanitaire et médico sociaux) ;
- Des mutualisations à mettre en œuvre, obligatoires et facultatives ;
- Des actions opérationnelles à mettre en œuvre au titre du projet médical partagé.

Ce cadre juridique a vocation à asseoir une logique de coopération inter établissement et s'inscrit dans un champ géographique correspondant à un territoire de santé donné afin de dynamiser l'offre de soins dans une perspective d'efficacité et d'efficience.

1.2 Un projet reposant sur une logique de coopération

Le GHT constitue un instrument pour l'action publique afin de faire émerger une logique de coopération entre établissements dans un territoire donné (1.2.1) qui repose notamment sur un projet médical partagé qui en fixe la stratégie (1.2.2) afin de garantir sur le territoire de santé une offre de santé en proximité et en complémentarité.

1.2.1 La volonté affichée de l'émergence d'une coopération entre établissements sur un territoire

Les GHT ont vocation à mettre en place une gradation des soins et une stratégie de groupe public. Les gains d'efficience recherchés doivent reposer non plus sur une logique de volontariat, comme cela était le cas avec les GHT, mais sur une logique plus coercitive puisque son adhésion est obligatoire.

Ces dernières années, les établissements publics de santé ont rencontré des difficultés financières mais aussi pour certains des problématiques de recrutement auxquels les outils de coopération existants n'ont pas toujours su répondre. Des fusions aux CHT ou aux GCS, ces différents instruments se sont parfois traduits par des lourdeurs administratives et de gestion.

Le GHT s'appuyant sur un projet médical partagé, que nous préciserons ultérieurement, oriente les établissements vers une réelle analyse des besoins du territoire dans lequel ils s'inscrivent mais également d'identifier les carences. Cette structuration de l'organisation sanitaire devra intégrer toutes les spécialités médicales et chirurgicales, tout en ne négligeant pas les alternatives à l'hospitalisation ainsi que l'activité médico-sociale, et permettra ainsi de déterminer les activités susceptibles d'être mutualisées et l'opportunité de mise en place d'équipes médicales communes.

Ce diagnostic territorial ne doit pas avoir vocation à une concentration de l'offre hospitalière sur un établissement, chaque établissement partie doit être impliqué dans la démarche pour mettre en avant les compétences et les capacités qu'il peut apporter au groupement. C'est

pourquoi la mise en place d'un pilotage équilibré s'avère nécessaire pour impulser une réelle dynamique de groupe. La gradation des soins menée de concert par les établissements permettra une réelle planification de l'offre par les établissements, qui devra s'accorder avec les prérogatives des ARS via notamment les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

1.2.2 Le projet médical partagé, pierre angulaire du GHT

La convention constitutive doit comprendre le projet médical partagé au cœur du GHT, qui établit la stratégie médicale du groupement pour cinq ans. Il est élaboré par les équipes médicales concernées par chaque filière. Un projet de soins doit également être défini d'ici au 1^{er} juillet 2017. Ces projets ont vocation à :

- Structurer en filières de soins coordonnées et de qualité, les parcours de patient entre les établissements membre du GHT, de la proximité au recours ;
- Favoriser le positionnement des sites sur leurs points forts ou d'excellence dans une logique de gradation de l'offre de soins ;
- Favoriser la constitution d'équipes de territoire ;
- Développer ensemble la recherche et l'enseignement ;
- Garantir la meilleure pertinence médico-économique des prises en charge.

Dans le cadre de sa rédaction, les établissements parties au GHT doivent identifier les filières de prise en charge des patients. Si ces filières ne sont pas définies par la loi, le rapport de fin de mission dit « Hubert Martineau », en propose une définition selon 3 critères¹³ :

- Un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation etc.) ;
- Des indications de prise en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité) ;
- Profil de patients homogènes (critères populationnels).

Le projet médical partagé doit être conforme au projet régional de santé (PRS) et comprend notamment les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, deux items dont l'échéance est fixée au 1^{er} juillet 2017¹⁴. Les projets médicaux des établissements parties devront être conformes au projet médical partagé du GHT et aux

¹³ HUBERT J. et MARTINEAU F., « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission », Ministère des affaires sociales et de la santé, février 2016.

¹⁴ Article L. 6132-3 du code de la santé publique.

orientations stratégiques régionales dans des délais pouvant être définis dans la convention constitutive. Le projet de soins partagé consiste en la déclinaison paramédicale du projet médical partagé et obéit aux mêmes principes que ce dernier en termes de durée, de modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Ces projets assoient la stratégie des établissements dans la structuration de leurs filières d'adressage en amont et en aval. S'ils doivent permettre d'obtenir des gains d'efficience, par la répartition des activités par discipline et par paliers, ils contribuent à fluidifier les parcours patients et à les optimiser, ce qui impactera également la durée des séjours des patients et ainsi la qualité de leur prise en charge.¹⁵

Le projet médical partagé est la pierre angulaire du GHT puisqu'il en fixe le périmètre. Il en découle les fonctions et activités dévolues à l'établissement support mais également celles mises en commun, l'organisation de la répartition des activités de soins entre établissements (éventuels transferts d'activités de soins et d'équipements matériels lourds), la mise en place des équipes médicales communes ou encore la constitution des pôles inter établissement.

1.3 Une nouvelle cartographie de l'offre de soins avec des GHT à géométrie variable

Si le législateur fournit un cadre pour la mise en place des GHT, les établissements disposent d'une marge de manœuvre notamment dans la composition de leur gouvernance. Ces modalités de gouvernance ainsi que la mutualisation et les associations qui vont en découler mettent sur pied des GHT à géométrie variable face à la multitude des acteurs associés à sa construction (1.2.1), en témoigne le positionnement du CHITS dans le territoire de santé (1.1.2).

1.3.1 Un dispositif associant l'ensemble des acteurs du territoire de santé

La configuration et le positionnement retenu par les acteurs publics pour les GHT varient d'une région à l'autre en raison des options retenues pour leur composition et leur gouvernance. Chaque établissement public de santé a l'obligation, sauf dérogation, de s'intégrer à un GHT dont la constitution repose sur une convention constitutive. La loi distingue entre les établissements

¹⁵ L. CAZIN, F. KLETZ, « les groupements hospitaliers de territoire. Nouveaux espaces d'apprentissages pour l'hôpital. », *Revue Hospitalière de France*, n°571 juillet-août 2016, pp. 26-31.

parties, associés et partenaires pour lesquels l'engagement dans la mise en place du GHT sera différent et définie selon une convention d'association ou de partenariat¹⁶.

	OBLIGATOIRE	FACULTATIF	ENGAGEMENT
ETABLISSEMENTS PARTIES	- Etablissements publics de santé - Etablissements publics exerçant une activité d'hospitalisation à domicile	Etablissement publics médico-sociaux (Ex : EHPAD, SSIAD, MAS, FAM, IME, ITEP)	- Elaboration et mise en œuvre du projet médical partagé - Mutualisations
ETABLISSEMENTS ASSOCIES	Centres hospitaliers universitaires (CHU)	- Centres hospitaliers autorisés en psychiatrie - Hôpitaux d'instruction des armées - Etablissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile	Participation (en tout ou partie) à l'élaboration du projet médical partagé
ETABLISSEMENTS PARTENAIRES		Etablissements de santé privés	

Pour garantir le fonctionnement du GHT et faciliter le processus décisionnel, la loi prévoit la désignation d'un établissement support. Si le GHT n'est pas doté de la personnalité morale, on constate que les textes prévoient la création de nouvelles instances de gouvernance et d'une conférence territoriale de dialogue social¹⁷. L'établissement support dispose d'un statut particulier et assure pour le compte des établissements parties les fonctions et activités précitées¹⁸. Les textes sont venus préciser le processus de désignation de l'établissement support. Il est ainsi désigné par 2/3 des établissements parties et en cas de désaccord, le directeur général de l'ARS désigne l'établissement. La clarification du processus de désignation a ainsi permis d'éviter les blocages et installé une concertation sans qu'il y ait besoin d'une intervention de l'ARS.

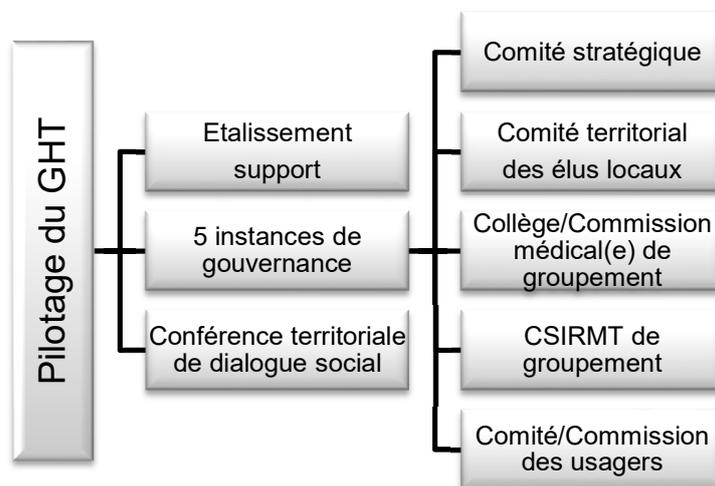
Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé et propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. Il est président par le directeur de l'établissement support et comprend notamment les directeurs des établissements parties et les présidents des CME et CSIRMT. Sa composition à forte majorité médico-soignante renvoie à la

¹⁶ Article L. 6132-1 du code de la santé publique.

¹⁷ Articles L. 6132-2 et suivants du code de la santé publique, articles R. 6132-9, R6132-14, L. 6132-3-I et L. 6143-7 du code de la santé publique.

¹⁸ Articles R.6132-5 à 6132-6 ; R. 6113-11-1 à R.6113-11-3, R.6132-17 à R.6132-19, R. 6149-9-3 du code de la santé publique.

composition du directoire ce qui permet aux professionnels de santé et aux gestionnaires d'échanger afin d'élaborer une stratégie de groupement. Compte tenu de la configuration du GHT, la mise en place d'un bureau pourra s'avérer nécessaire et sa composition devra tenir compte des enjeux et de la qualité de ses représentants.



Les autres instances de gouvernance du GHT pourront se voir déléguer des attributions des instances des établissements qui les ont désignés dans les conditions prévues dans la convention constitutive ou par avenant et peuvent être précisées dans le règlement intérieur du GHT et ou un règlement intérieur propre.

On constate une certaine hétérogénéité dans la configuration des GHT avec des bassins de population et des établissements de tailles variables. Le CHITS, désigné établissement support du GHT du Var, constitue un exemple de la diversité des GHT et de leurs spécificités.

1.3.2 Le CHITS dans le territoire de santé

Au 31 décembre 2015, la capacité du CHITS est de 1283 lits et places et 3953,38 équivalents temps plein, le plaçant ainsi comme premier centre hospitalier non universitaire de la région PACA et premier établissement de santé du Var. Depuis l'entrée en fonctionnement du nouveau site en 2012 son activité progresse à un rythme soutenu.

Il déploie une offre de soins publique sur trois sites hospitaliers principaux :

- Toulon : l'hôpital sainte musse (692 lits – 89 places) réunit les services autour du plateau technique et répond aux besoins du territoire de santé de l'agglomération toulonnaise de 500 000 habitants.

- La Seyne sur Mer : l'hôpital (271 lits – 48 places) apporte une réponse de proximité pour l'ouest du département
- La Garde : l'hôpital Clémenceau (164 lits) conforte la filière de prise en charge des personnes âgées

Le territoire de santé sur lequel l'établissement est implanté se caractérise, entre autres, par une concentration de l'offre de soins territoriale sur la bande littorale qui amène une certaine concurrence entre établissement et une population, pour partie en situation de précarité. Acteur majeur du territoire de santé en tant qu'établissement de référence le CHITS est engagé depuis longtemps dans une politique active de développement des coopérations hospitalières, notamment avec l'HIA, l'hôpital Marie José Treffot de Hyères (avec lequel une direction commune est établie depuis le 17 avril 2015), l'hôpital Renée Sabran des hospices civiles de Lyon et le centre hospitalier Jean Marcel de Brignoles¹⁹.

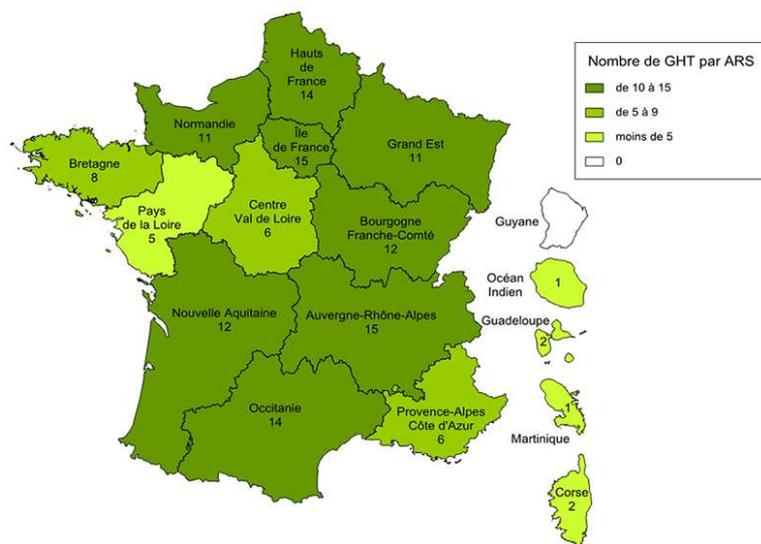
Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, le CHITS a été désigné établissement support du GHT VAR. Il concerne 8 établissements publics de santé²⁰ et 1 million d'habitants et représente un montant financier d'activité de soins de 800 millions d'euros. Il compte 1821 lits et places de médecine chirurgie obstétrique (MCO), 256 de soins de suite et réadaptation (SSR) et 691 de soins psychiatriques²¹.

¹⁹ CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES, « Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne-sur-mer exercices 2008 et suivants », PACA, 2014.

²⁰ ANNEXE 2

²¹ APM, « Paca: l'ARS confirme la création de six GHT, avec un périmètre départemental », Dépêche, 1er juillet 2016.

Les GHT en région



Les débats menés entre la fédération hospitalière de France (FHF) et l'ARS PACA a conduit au choix d'un découpage départemental des GHT au sein de la région PACA²². Tous les établissements publics de santé ont rejoint un GHT à l'exception du centre hospitalier de Montfavet à Avignon en raison de sa spécificité au regard de l'offre territoriale en santé mentale dans le département du Vaucluse.

Force est de constater que les territoires de santé retenus pour la configuration des GHT reposent le plus souvent sur des découpages administratifs inscrits dans une logique de planification sanitaire antérieure. Pour autant, ce nouveau maillage territorial a pu être construit également par les acteurs en s'appuyant sur les coopérations préexistantes, type fusion ou direction commune, et les complémentarités inter établissements²³.

Cette hétérogénéité se retrouve également dans les choix opérés par les établissements en termes de gradation des soins et de détermination des filières prioritaires de prises en charge en retenant soit une concentration des activités, soit un développement d'autres activités pour renforcer l'offre de soins de proximité.

Ces reconfigurations de grande envergure doivent être menées dans des délais contraignants et leurs finalités auront nécessairement un impact à la fois structurel et managérial pour les acteurs concernés.

²² <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>

²³ L. CAZIN, F. KLETZ, « les groupements hospitaliers de territoire. Nouveaux espaces d'apprentissages pour l'hôpital. », *Revue Hospitalière de France*, n°571 juillet-août 2016, pp. 26-31.

2 Le Groupement hospitalier de territoire : un défi structurel et managérial

L'institution d'un nouveau mode de coopération inter établissement n'est pas sans causer des bouleversements qui sont à la fois structurels et managériaux. En effet, le GHT recomposant l'offre sanitaire il invite les établissements à repenser leurs organisations et leurs positionnements sur le territoire mais également dans une perspective interne. Le GHT repose sur un cadre juridique bien défini et pose des objectifs ambitieux (2.1), ce qui n'est pas sans soulever un certain nombre de problématiques externes et internes pour les établissements (2.2) face auxquels les facteurs de réussite doivent au préalable être identifiés pour accompagner ce changement de paradigme (2.3).

2.1 Un projet ambitieux

Le GHT est ambitieux à la fois parce ce qu'il pose de nouvelles règles de coopération pour les établissements tout en étant encadré par les textes et dans un calendrier bien défini (2.1.1) et parce qu'il envisage des mutualisations sur différentes fonctions supports des établissements de santé (2.1.2).

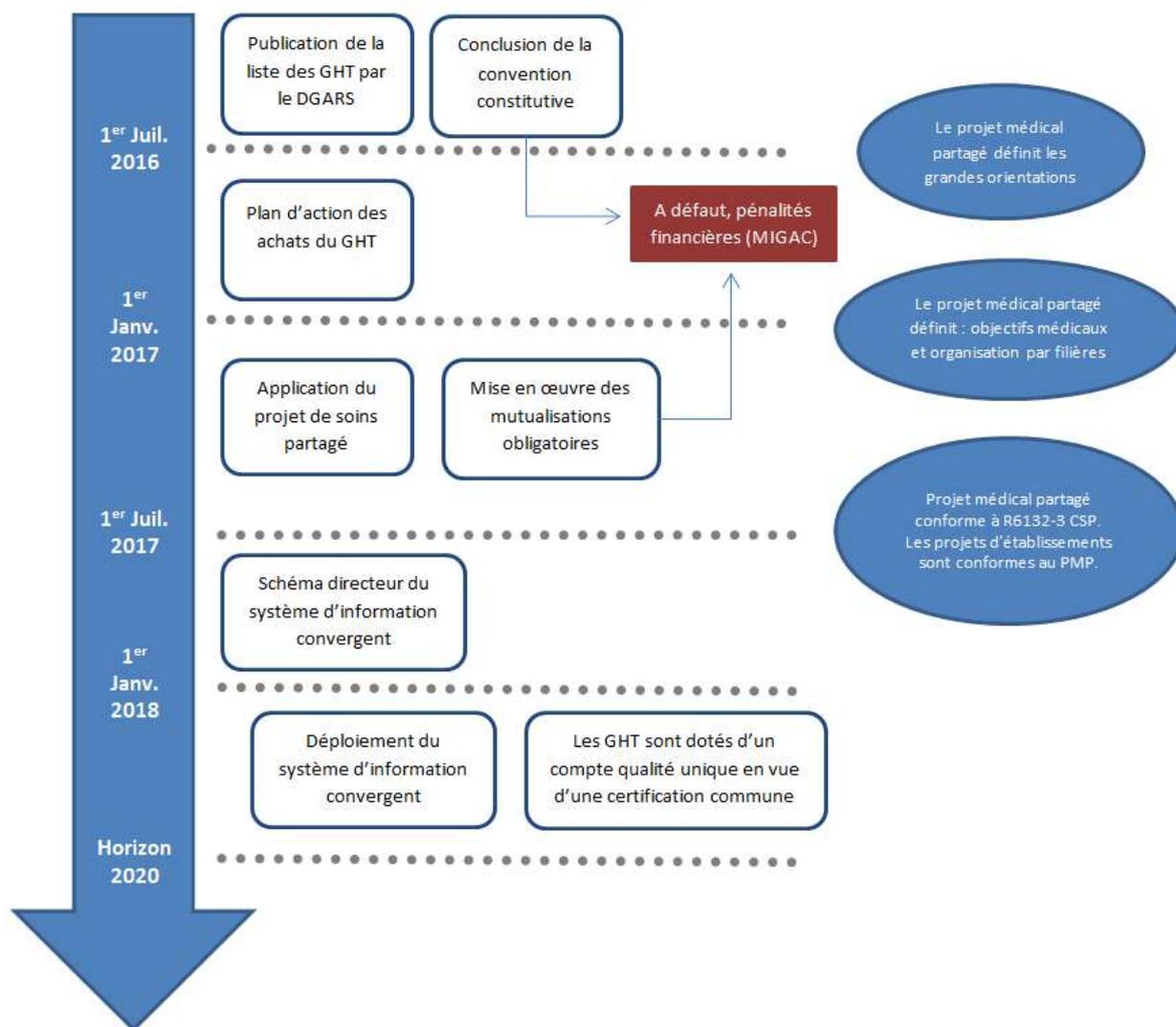
2.1.1 Les contraintes réglementaires et temporelles

La loi de modernisation de notre système de santé et le décret du 27 avril 2016 fixent à la fois le cadre d'inscription des GHT, ses modalités de constitution et leur finalité, mais également un calendrier de mise en place.

Ce calendrier réglementaire identifie les principales échéances et les sanctions en cas d'irrespect²⁴. Il organise une progressivité de mise en œuvre des fonctions organisées en commun et des fonctions déléguées mais également dans la construction du projet médical partagé. Comme pierre angulaire du groupement et de la convention constitutive, ce projet a constitué le premier chantier des établissements puisqu'il a vocation à servir de base à la construction des coopérations et que son adéquation est nécessaire avec les différents projets d'établissements et la planification régionale.

Afin de simplifier la lecture de ce calendrier, les principaux attendus réglementaires du GHT et leurs échéances sont précisées dans le schéma ci-dessous :

²⁴ Article 5 du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

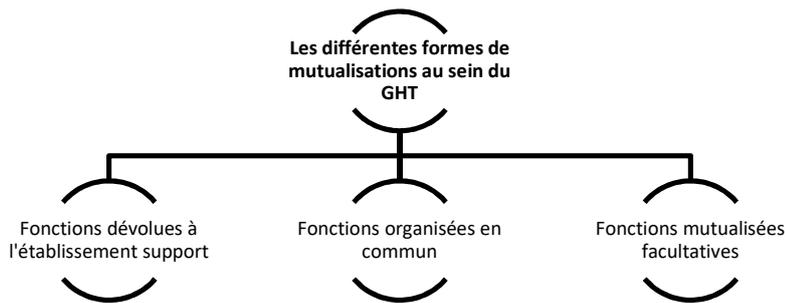


Si les établissements se sont engagés en amont dans la préparation des GHT, le calendrier fixé par le décret n'en demeure pas moins exigeant. Par ailleurs, les précisions réglementaires n'ont été promulguées que le 27 avril 2016 ne laissant que quelques mois aux établissements concernés par la réforme pour se concerter et opérer les ajustements nécessaires.

Le calendrier introduit une certaine progressivité, notamment dans la définition du projet médical partagé, mais il suppose de la part des établissements une définition des coopérations et une redéfinition de leurs activités internes, ce qui n'est pas sans soulever un certain nombre de difficultés.

2.1.2 Des mutualisations à venir

Les mutualisations constituent avec le projet médical partagé²⁵, le cœur du GHT et implique des démarches de coopération engagées par les établissements parties sur des fonctions ou activités cliniques, médicotechniques ou supports. Plusieurs fonctions sont visées par la loi qui fixe leur périmètre et certains éléments relatifs à leur pilotage. Toutefois, la mutualisation de certaines fonctions présente un caractère facultatif.



Les fonctions dévolues à l'établissement support :

- Le système d'information hospitalier (SIH) convergent : il doit comprendre des applications adénitiques pour chacun des domaines fonctionnels et offrir aux patients un identifiant unique²⁶ ;
- La fonction achat, qui comprend les missions suivantes : l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et investissement, la planification et la passation des marchés, le contrôle de gestion des achats, les activités d'approvisionnement (sauf pour les produits pharmaceutiques)²⁷ ;
- La gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire²⁸ ;
- La coordination des instituts et écoles de formation paramédicales : notamment en matière de gouvernance, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun des ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stage²⁹ ;
- La gestion des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC).

²⁵ Article R. 6132-3 du code de la santé publique.

²⁶ Article R. 6132-5 du code de la santé publique

²⁷ Article R. 6132-6 du code de la santé publique

²⁸ Article R. 6113-11-1 à 6113-11-3 du code de la santé publique

²⁹ Article R. 6132-17 du code de la santé publique

Les fonctions organisées en commun³⁰ :

- Les activités de biologie médicale : à cette fin peut être constitué un laboratoire commun dont la convention devra être annexée à la convention du GHT ;
- Imagerie diagnostique et interventionnelle ;
- Pharmacie ;
- Activités cliniques.

Les mutualisations facultatives :

- Des équipes médicales communes et la mise en place de pôle inter-établissement³¹ ;
- Activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques (Exemples : restauration, blanchisserie, gestion des carrières etc.).

La réforme prévoit également une certification conjointe des établissements parties et un compte qualité unique³² ainsi qu'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)³³ et un plan global de financement pluriannuel (PGFP) à mettre en place à l'échelle du GHT³⁴.

Le calendrier réglementaire pour mettre en place ces mutualisations et coopérations d'envergure est contraignant, dans des délais courts, bien qu'une certaine marge de manœuvre soit laissée aux établissements. Il conviendra alors de s'interroger sur les modalités de mise en œuvre retenues par l'établissement et sur les susceptibles freins et leviers.

2.2 Les problématiques soulevées par la mise en place du groupement hospitalier de territoire

Un nouveau mode de coopération, dans une version inédite, est une source d'interrogations et d'incertitudes pour les acteurs (2.2.1) qui doivent se plonger dans des réformes de grande envergure qui impacteront nécessairement leurs modes d'organisation et de management (2.2.2).

³⁰ Article R6132-19 du code de la santé publique

³¹ Article R. 6149-9-3 du code de la santé publique

³² Article R. 6132-20 du code de la santé publique. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements parties au groupement.

³³ Article R. 6132-21 du code de la santé publique

³⁴ « Focus », Les Tribunes de la santé 2016/2 (n° 51), pp. 11-19.

2.2.1 La persistance d'interrogations et d'incertitudes

Le GHT ne disposant pas de la personnalité morale, il ne peut conclure lui-même des conventions. Or, l'association d'autres établissements aux groupements entraîne de facto la conclusion de conventions de partenariats ou d'association. Il est ainsi presque certain que les établissements supports devront conclure eux-mêmes ces conventions, puisque dotés de la personnalité morale ce qui conduit à s'interroger sur la place accordée aux autres établissements membres dans le processus conventionnel. Pour éviter une perte de souveraineté pour ces établissements, il semble nécessaire que la convention constitutive prévoie la délégation de cette compétence à l'établissement support mais qu'elle l'a soumette au contrôle et à la validation du comité stratégique qui représente les établissements³⁵.

La question se pose également du régime des autorisations qui ne peuvent être détenues par le GHT mais qui peut exploiter celles des établissements parties. Cette originalité traduit également une incertitude quant aux outils juridiques proposés et sur leur pérennité.

La préoccupation est également de mise quant à la fiscalité des établissements. En effet, l'établissement support va mener pour les comptes des établissements parties plusieurs activités. La loi prévoyait d'habiliter le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures permettant de définir des règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même GHT. Ces dispositions ont été invalidées par le conseil constitutionnel par une décision du 21 janvier 2016³⁶, cela peut laisser pointer une volonté des pouvoirs publics d'organiser une trésorerie commune aux établissements et peut être une évolution vers une coopération plus proche de la fusion.

Par ailleurs, une enquête réalisée par le SMPS et l'IFOP et publiée le 23 mai 2016 révèle en effet que 60% des directeurs, ingénieurs et cadres interrogés évoquent une dégradation de leurs conditions de travail et dans une même mesure 60% d'entre eux considèrent que la mise en œuvre des GHT ne traduit pas la confiance dans les acteurs de terrain. Enfin, 82% anticipent une complexification des établissements de santé induite par les GHT³⁷. Pour autant, 69% de ces professionnels ont une perception claire des objectifs des GHT, ce qui laisse penser que la

³⁵ <http://www.gestions-hospitalieres.fr/en/article/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>

³⁶ Décision du 21 janvier 2016 n02015-727 :CC :2016 :2015.727.DC.

³⁷ SMPS, « Une demande de revalorisation des conditions d'exercices et une perception globalement négative de la mise en œuvre des GHT chez les directeurs, ingénieurs et cadres », Communiqué de presse [en ligne], Paris, le 23 mai 2016.

stratégie de groupe voulue par l'action publique a été bien comprise par les établissements mais pour 77% d'entre eux, on observe une attente d'accompagnement de la part des pouvoirs publics.

Cet accompagnement est également attendu d'un point de vue financier, notamment pour accompagner la transformation des systèmes d'information dont la mutualisation a été évaluée par le Syntec Numérique à 1 milliard d'euros³⁸. Un plan d'investissement a été annoncé par la ministre de la santé sur 5 ans à destination des établissements de santé de 2 milliards d'euros, notamment pour accompagner le lancement des GHT mais dont les contours restent encore flous³⁹.

2.2.2 Les contraintes organisationnelles et managériales

Les contraintes organisationnelles se concentrent principalement dans la gestion de plusieurs fonctions pour l'établissement support et les réorganisations qui sont également à prévoir au sein des établissements parties. SIH, achats, formation initiale, DPC, DIM, GPMC, recrutement coordonné et formation conjointe sont autant de préoccupations qui obligent les établissements à revoir leurs organisations.

La mutualisation des fonctions supports assurées par l'établissement support pour les compte des établissements parties au groupement implique une délégation de pouvoir au profit de celui-ci. Ainsi, la responsabilité et les compétences juridiques pèseront sur l'établissement support, une responsabilité à la fois juridique et financière que les établissements parties ne seraient à même de supporter, notamment pour la fonction achat, compte tenu du dessaisissement de responsabilité qu'ils doivent assumer et organiser. Cette réorganisation doit se faire à la fois via une phase de concertation avec les instances du groupement mais également en interne pour redistribuer les missions des cadres et agents exerçant dans les différents services concernés. Ces transferts doivent être bien délimités dans la convention constitutive du groupement et précisés au règlement intérieur afin de limiter les incertitudes juridiques, notamment dans le pouvoir de nomination des directeurs⁴⁰.

³⁸ APM, « Convergence informatique et GHT : le Syntec Numérique et la FHF préparent le terrain », n°273998, 7 septembre 2016.

³⁹<http://social-sante.gouv.fr/actualites/evenements/article/ght-marisol-touraine-annonce-un-plan-d-investissements-de-2-milliards-d-euros>

⁴⁰ C. EVIN, L. HOUDART, « Et maintenant ? Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route. », Revue Hospitalière de France, n°571 juillet-aout 2016, pp. 32-37.

Des inquiétudes demeurent quant aux conditions d'exercice des personnels administratifs assurant des fonctions d'encadrement, en particulier pour ceux n'exerçant pas au sein de l'établissement support. En effet, on perçoit chez ces professionnels une crainte de transformation de leurs conditions d'exercice compte tenu des délégations à prévoir dans le cadre de la mutualisation de certaines fonctions supports et de la perte d'autonomie qu'elle peut entraîner. Egalement, l'exercice multi-sites probable amène un certain nombre de revendications, notamment en termes de régime indemnitaire afin de revaloriser des métiers qui verraient leur champ de responsabilité s'élargir.

Le bouleversement managérial découle d'une perte sensible de responsabilités au profit de l'établissement support et d'un management d'équipe à envisager dans le cadre d'un exercice multisite. Sur certaines fonctions supports, type achat, de nouvelles organisations peuvent être envisagées par la mise en place de référents dans chaque établissements parties afin de connaître les besoins des établissements et de centraliser les demandes au sein d'un établissement qui en assurerait la gestion.

Si les contraintes doivent être minutieusement observées par les établissements parties afin de les anticiper et de les régir via la convention constitutive du groupement et son règlement intérieur, l'identification des facteurs de réussite permettra également de gagner en efficacité à la fois dans la préparation et dans la réalisation du groupement.

2.3 Identification des facteurs de réussite

La réussite d'une coopération peut s'appuyer à la fois sur l'existant au travers des relations préexistantes entre les établissements (2.3.1) mais aussi sur une dynamique de groupe où l'association et la mobilisation en sont les vecteurs majeurs (2.3.2).

2.3.1 Les acquis des coopérations antérieures : l'interopérabilité et la cohésion

Les GHT doivent trouver leur place dans un contexte territorial comptant déjà des dispositifs juridiques de coopération sanitaire et n'a pas vocation à les faire disparaître, notamment celles qui iraient au-delà du périmètre géographique du GHT. Ces dispositifs peuvent être :

- Des coopérations conventionnelles ou organiques (Ex : Groupement de coopération sanitaire).
- Des coopérations public/public (Ex : Groupements d'intérêt économique).
- Des directions communes : une direction commune est naturellement un point d'ancrage non négligeable pour la mise en œuvre de mutualisations mais également pour la mise en place d'une coopération pouvant impliquer la mise en place d'équipe médicales

communes. Elles ont parfois pu être anticipées face à l'imminence des GHT, à l'image des Hôpitaux Champagne Sud⁴¹.

- Des temps médicaux partagés : temps qui auraient été mis en place antérieurement pour palier une carence de recrutement et sur lesquels il est pertinent de s'appuyer pour renforcer les liens de coopération et réfléchir à son élargissement à d'autres activités et établissements.

Le choix du découpage du GHT se révèle alors primordial puisqu'il doit à la fois intégrer le territoire de santé dans lequel les différents établissements appelés à coopérer s'inscrivaient mais également les coopérations qui pouvaient préexister afin de faciliter les échanges et les liens qui doivent se nouer. Nous avons pu le relever précédemment, les choix retenus pour les GHT n'ont pas toujours pu tenir compte de ces deux aspects et ont privilégié soit un découpage administratif correspondant à une planification départementale de l'organisation sanitaire, soit un rapprochement d'établissements qui coopéraient déjà en direction commune ou par le biais d'instruments juridiques type GCS ou encore CHT.

En qu'hôpital support au cœur du territoire de santé, le CHITS est engagé depuis longtemps dans une politique active de développement des coopérations hospitalières. Le GHT VAR présente deux particularités dans sa composition en ce qu'il intègre tout d'abord un établissement de soins psychiatrique en tant qu'établissement membre et l'HIA Sainte Anne en tant qu'établissement associé.

Il partage en outre des relations anciennes et multiples avec l'HIA Sainte Anne à Toulon concernant : L'activité urgente de neurochirurgie ; L'activité d'urologie pour laquelle est constituée une équipe médicale civilo-militaire unique ; Les actes en radiologie interventionnelle ; Le traitement des accidents cardiovasculaires avec des astreintes partagées. C'est pourquoi cet établissement a été associé au GHT mais aussi à la définition du projet médical partagé compte tenu des relations déjà entretenues avec l'établissement support mais également de projets de développement de ces coopérations sur des fonctions cliniques. L'ensemble de ces ententes reposent sur l'accord-cadre de coopération signé le 29 avril 2010 permettant une intégration toujours plus forte de ces actions de coopérations

⁴¹ Revue hospitalière de France, « Hôpitaux Champagne Sud une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT », Réflexions hospitalières, n°569 mai 2016.

Conformément au IV de l'article L.6132-1 du code de la santé publique et à la décision du 20 juin 2016 du ministère de la défense, l'HIA participe à l'élaboration du projet médical partagé. Il est représenté dans les différentes instances, et notamment au comité stratégique et à la commission médicale de groupement, selon des modalités précisées dans la convention constitutive du groupement⁴². Cette collaboration contribue au développement et au maintien des compétences indispensables au soutien santé en opérations. Elle s'inscrit à la fois dans les orientations de la loi de programmation militaire 2017/19⁴³ et dans la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé qui reconnaît les hôpitaux militaires comme acteurs à part entière du service public hospitalier⁴⁴.

Par ailleurs, le CHITS s'est engagé depuis longtemps autour d'un axe public-public de coopération concrétisé par la conclusion de la CHT Var-Ouest en 2012, rassemblant plusieurs établissements :

- L'hôpital Marie José Treffot de Hyères avec lequel le CHITS est en direction commune depuis le 17 avril 2015 ;
- L'hôpital Renée Sabran, des Hospices Civiles de Lyon (HCL) ;
- Le centre hospitalier Jean Marcel de Brignoles.

D'autres partenariats ont été signés récemment, notamment pour ce qui concerne l'oncologie avec l'institut Paoli Calmettes, dans l'objectif de mutualiser les expertises au service des patients du département varois et participer conjointement aux protocoles de recherche clinique.

Le CHITS conforte en 2016 le développement des coopérations et partenariats et son rôle d'établissement de référence dans le cadre de la mise en place du GHT du Var. Comme le souligne Monsieur Jean-Olivier Arnaud, directeur général du CHU de Lille « *Les GHT ont en effet été créés pour tenter de créer du réseau, de la solidarité et de l'action commune, coordonnée, et non pas pour tout araser. Il n'a jamais été demandé d'adhésion exclusive au GHT.* »⁴⁵.

⁴² Toutefois, cette participation ne peut avoir pour effet, pour l'établissement support du groupement, d'assurer pour le compte de l'HIA Sainte Anne les fonctions mutualisées au sens de l'article L.6132-3 du CSP.

⁴³ LOI n° 2013-1168 du 18 décembre 2013 relative à la programmation militaire pour les années 2014 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense et la sécurité nationale. JORF n°0294 du 19 décembre 2013, p. 20570, texte n° 1.

⁴⁴ Article L. 6112-3 du code de la santé publique

⁴⁵ APM, « Quatre questions à Jean-Olivier Arnaud, DG du CHU de Lille, sur le GHT Lille Métropole Flandre Intérieure. », n°273820, 31 août 2016.

Si ces coopérations peuvent coexister, les établissements doivent s'interroger sur leur avenir à long terme compte tenu des mutualisations qu'ils décideront de mettre en œuvre et sur l'opportunité d'élargir ces coopérations, si elles débordent le périmètre du GHT, à l'ensemble des établissements parties au groupement.

2.3.2 Associer et mobiliser les acteurs pour une démarche cohérente

La réussite d'une coopération ne peut se faire sans remporter l'adhésion des acteurs. Cette adhésion doit être suscitée dès la phase d'appropriation du GHT en concertation autour d'une stratégie commune. Le diagnostic territorial devant être mené autour de la délimitation du périmètre du GHT puis de la définition du projet médical partagé constitue la première étape d'association et de mobilisation des acteurs. La mise en œuvre d'un projet, de façon générale, voit ses chances de réussir s'accroître lorsqu'il emporte cette adhésion. Elle passe par une valorisation des compétences de chacun et de la valeur ajoutée qu'ils apportent dans la démarche.

C'est pourquoi, bien que le GHT soit coercitif dans son adhésion, il doit être participatif dans sa construction pour que les établissements puissent construire une identité commune ou des principes communs pour que les acteurs soient rassemblés autour d'objectifs et de moyens partagés.

Les GHT sont l'occasion de restructurer le secteur hospitalier public sans déséquilibrer l'offre de soins au plan régional et départemental. En tant qu'instrument d'organisation et de mutualisation des moyens, le GHT doit s'attacher à s'appuyer sur les coopérations coexistantes pour les consolider mais doit également permettre leur élargissement sans que ne soient négligés les acteurs non membres du GHT tels que l'hospitalisation privée et la médecine de ville.

S'il peut apparaître de prime abord que la coopération obligatoire ne soit pas la meilleure proposition pour que les établissements établissent une stratégie commune, elle peut permettre aux établissements de se détacher d'un certain « hospitalo-centrisme » pour une meilleure ouverture sur leur territoire de santé. Cette ouverture peut à terme produire une meilleure optimisation à la fois du parcours patient mais aussi de leur processus et de leurs organisations dans un contexte où la rareté médicale peut se faire ressentir et où l'équilibre financier reste un défi.

3 Le Groupement hospitalier de territoire, la définition des objectifs stratégiques et opérationnels

La préparation de la mise en place d'un GHT doit nécessairement s'inscrire dans une démarche projet cadencée autour de deux phases : la détermination d'une approche managériale (3.1) et la détermination d'une approche processus (3.2). L'AAH est ainsi appelé à mobiliser ses compétences pour la mise en œuvre de ce projet qui impacte nécessairement son environnement professionnel (3.3).

3.1 Déterminer une approche managériale

L'approche managériale doit être définie afin de conduire le changement au sein des établissements. Cette approche passe d'abord par un accompagnement qui impose de s'interroger sur notre vision de la conduite du changement (3.1.1) puis par la détermination d'un plan de communication autour du projet (3.1.2).

3.1.1 La conduite du changement

Le management des organisations appelle à s'interroger sur la conduite du changement. Il s'agit d'une problématique courante au sein des établissements publics compte tenu des nombreuses réformes menées depuis la moitié du 20^{ème} siècle et visant à transformer leur organisation dans un contexte de restriction budgétaire et de rareté médicale sur certains territoires.

La réflexion doit être menée au sein des établissements autour de la dynamique et des différentes étapes de la transformation des organisations, école de pensée dans laquelle deux approches peuvent être identifiées selon Caroline Merdinger-Rumpler, Maître de conférence, et Thierry Nobre, Professeur des Universités à l'EM Strasbourg Business School de l'université de Strasbourg HuManiS⁴⁶.

La première approche consisterait en une démarche explicative permettant d'analyser et de *comprendre* « les mécanismes et les logiques à l'œuvre dans un projet de changement à partir de phases significatives ». Cette première approche découle des travaux de Lewin qui l'axe sur une dimension psychosociale marquée par des mécanismes d'apprentissage et une dimension

⁴⁶ MERDINGER-RUMPLER C., NOBRE T., « Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? », *Gestion* 2000 2011/3 (Volume 28), pp. 51-66.

cognitive des routines organisationnelles et passant par trois étapes dépendant de l'intentionnalité du changement et de son mode de diffusion :

- L'étape dite de Dégel où les représentations des acteurs sont questionnées et qui engendre un déséquilibre organisationnel ;
- L'étape de transition où le comportement des acteurs évolue par un processus d'apprentissage ;
- L'étape de stabilisation où une nouvelle routine organisationnelle s'installe.

La seconde approche privilégie une démarche prescriptive et normative « *préconisant les étapes par lesquelles doit passer un projet pouvant être mené à bien et les pratiques à mettre en œuvre en fonction de ces étapes* ». ⁴⁷ Cette démarche consiste en la définition et la planification des différentes étapes qu'oblige un processus de changement sous formes de bonnes pratiques construite également en plusieurs phases :

- La phase exploratoire : déterminer la pertinence du changement et ses apports externes ;
- La phase diagnostic : la définition du changement et des acteurs ;
- La phase de mise en œuvre : définition des actions concrètes et leur évaluation.

Il ne s'agit pas ici de déterminer quelle approche est la meilleure et d'opter pour une solution au détriment d'une autre. Il s'agit d'envisager quel type de gestion de projet on entend mettre en œuvre et qui tienne compte des deux approches, c'est-à-dire qu'elle intègre à la fois un questionnement sur le pourquoi et un sur le comment. L'approche managériale doit également intégrer un versant communication, élément primordial dans un contexte de restructuration.

3.1.2 La communication

Le GHT étant un outil juridique nouvellement créé, il suscite comme nous avons pu le voir un certain nombre d'interrogations auprès des équipes. Entre craintes et perspectives d'avenir, la communication est un vecteur d'informations permettant à la fois de renseigner l'ensemble des équipes sur les enjeux et la portée de la réforme mais aussi de les y associer en rappelant que chacun a un rôle à jouer.

Au cours de mon stage j'ai pu participer à la mise en œuvre de cette communication par la rédaction notamment de note d'information à destination des établissements sur la composition

⁴⁷ MERDINGER-RUMPLER C., NOBRE T., « Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? », *Gestion* 2000 2011/3 (Volume 28), pp. 51-66.

des instances et la particularité du groupement qui intègre l'HIA Sainte Anne comme établissement associé. Cette communication s'est également portée sur le plan interne par la rédaction d'un article dans le journal interne du CHITS destiné à annoncer la signature de la convention constitutive et à expliquer les enjeux du GHT. Cet article figure en annexe 1.

La communication est particulièrement importante auprès des équipes des établissements parties pour qui des délégations de pouvoir sont à mettre en place mais aussi des mutualisations. Communiquer c'est aussi rassembler puisqu'en informant cela donne de la transparence au projet et est un moyen d'apaiser et de redonner de la confiance. L'élaboration d'un plan de communication peut être l'occasion de répondre aux attentes des professionnels et de les impliquer dans le projet.

Le processus managérial une fois posé va permettre de décliner l'approche processus du projet qui désigne l'application d'un système de processus au sein d'un organisme, ainsi que l'identification, les interactions, le pilotage et le management de ces processus⁴⁸.

3.2 Déterminer une approche processus

Cette approche processus sera déclinée autour de deux étapes principales : les étapes préparatoires (3.2.1) et la construction du projet (3.2.2).

3.2.1 Les étapes préparatoires

Les éléments réglementaires de la mise en œuvre des GHT nous réfèrent directement au calendrier de mise en place imposé par les textes. La démarche projet que devront mettre en œuvre les établissements s'articulera nécessairement autour de ces éléments calendaires et des différentes socles juridiques du GHT.

La première étape de construction consiste en la préparation du projet médical partagé, sur lequel reposera le groupement. Pour ce faire, un diagnostic territorial doit être engagé par les acteurs concernés et peut être articulé autour de plusieurs phases :

- La définition des orientations stratégiques ;
- Un état des lieux territorial résultant d'une analyse géo territoriale et socio démographique par établissements ;

⁴⁸ http://qualite-ben-recherche.cnrs.fr/IMG/pdf/approche_processus_QRRAL_v3.pdf

- Une cartographie et parts de marché par grande filière de territoire sur le bassin qui couvrira le GHT ;
- Un état des lieux des ressources mises en œuvre par les établissements parties dans les filières de soins identifiées.

La mise en œuvre de ces différentes étapes supposent que le périmètre géographique des GHT ait été établis préalablement en concertation à la fois avec les différents établissements du territoire et les autorités de tutelle, telles que l'ARS.

Ce diagnostic territorial est l'occasion pour l'établissements délimiter le bassin de vie et de déterminer les besoins de santé de la population par une analyse de l'offre de soins sur le territoire. Les établissements pourront ainsi recenser les ressources ainsi que les contraintes internes et externes, identifier les parcours de soins ainsi que les redondances et carences de l'offre de soins sur le territoire de santé ainsi défini⁴⁹.

Au 1^{er} juillet 2016, les prémices du GHT ont été transmis au DGARS. Si le projet médical partagé est un élément capital de construction du GHT les établissements doivent parallèlement construire leur projet autour des différentes mutualisations soutenues par les textes. C'est la raison pour laquelle la préfiguration du comité stratégique avant la date requise est un élément primordial afin de susciter les échanges et la planification entre les différents acteurs du groupement afin de construire le projet de coopération.

3.2.2 La construction du projet

Le comité stratégique préfiguré doit rassembler à la fois les acteurs de la planification sanitaire et les équipes administratives et médicales qui sont au cœur du déploiement des groupements. Cette concertation permettra d'articuler le projet autour de plusieurs phases :

- La planification
- La concertation et l'appropriation du projet
- La détermination des besoins et des ressources (humaines, financières et logistiques)
- La rédaction des documents

La phase de planification permet de cadrer le projet en identifiant des attendus règlement du décret du 27 avril 2016 afin de hiérarchiser, de prioriser et de monter l'équipe projet et les groupes

⁴⁹ <http://www.axege.com/ght-outil-cooperation-renforcee/>

de travail répartis sur les grands travaux de mutualisation et l'établissement des filières. En effet, les ressources seront à la fois humaines, financières et logistiques et mobiliseront le personnel administratif, médical, paramédical et médico technique des différents établissements.

La concertation entre les établissements s'avère alors nécessaire pour fluidifier les relations et impulser une réelle dynamique de groupe entre des personnels qui jusqu'alors pouvaient ne pas avoir travaillé en coopération.

L'établissement support joue ici un rôle primordial puisqu'il devient de facto le chef de file de mise en œuvre de la réforme et doit assurer à ce titre le rassemblement des acteurs.

La phase de rédaction des documents devra s'axer sur :

- La convention constitutive ;
- Le règlement intérieur ;
- Le projet médical partagé et le projet de soins partagé ;
- Des notes méthodologiques et d'information destinées à l'ensemble des établissements parties afin de déterminer une ligne de conduite.

Le règlement intérieur revêt une importance toute particulière et sa rédaction doit être entamée dès le 1^{er} juillet 2016. En effet, ce règlement précise les responsabilités de chacun ainsi que les modalités de mise en œuvre des différentes mutualisations. C'est par son biais que les établissements parties auront l'occasion de se positionner au sein du GHT en définissant notamment les délégations de pouvoir accordées à l'établissement support. L'une de mes missions de stage a par ailleurs porté sur ce règlement intérieur dont j'ai écrit la première version devant être discutée devant les instances. Une réflexion doit être menée autour de ce document notamment pour déterminer s'il doit être unique, c'est-à-dire intégrer également le règlement intérieur de chaque instance du groupement, ou si chacune de ces instances devait rédiger son propre règlement intérieur. Ce choix dépend en partie de la taille du groupement et de la composition des instances.

La détermination de l'approche processus permet en outre d'établir une stratégie pour déployer les objectifs à travers les moyens identifiés pour piloter et mettre en œuvre les actions de mise en place du GHT pour lesquelles l'AAH peut être directement concerné.

3.3 L'attaché d'administration hospitalière et le groupement hospitalier de territoire

Suivre la bonne réalisation d'une démarche projet pour le compte d'un directeur s'inscrit directement dans les missions pouvant être exercées par un AAH qui doit élaborer une stratégie d'action mobilisant ses compétences et son expertise afin de fournir les préconisations pertinentes (3.3.1). Son intérêt pour le GHT est double puisque la mise en œuvre de celui-ci peut avoir des répercussions sur son exercice professionnel (3.3.2).

3.3.1 Son positionnement et sa méthodologie

La mise en œuvre du GHT pour les AAH exerçant au sein notamment des directions des achats, des systèmes d'informations, aux ressources humaines, en qualité ou en tant que cadre administratif de pôle va mobiliser pour partie d'entre eux leur technicité et leur expertise pour traduire les orientations stratégiques en moyens opérationnels.

En effet, l'engagement dans un projet nécessite tout d'abord de la part de l'AAH des capacités organisationnelles, relationnelles et opérationnelles et qu'il soit en mesure d'élaborer un plan d'action, ce qui suppose notamment :

- Une bonne connaissance du terrain dans lequel s'inscrit le projet ;
- De mobiliser son expertise et de l'alimenter ;
- De travailler en collaboration avec les équipes et la direction ;
- Des qualités rédactionnelles et relationnelles.

Un projet s'articulant toujours autour d'impératifs contradictoires (qualité, coûts, délais), l'AAH doit prioriser les actions à mettre en œuvre et coordonner les différentes étapes de réalisation. Pour cela, l'AAH doit faire appel à ses capacités d'analyse et de synthèse afin de traiter les diverses informations qui sont portées à sa connaissance (textes législatifs et réglementaires, textes produits par l'établissement, données, entretiens avec les professionnels partenaires etc.). Pour mobiliser les équipes autour de la réalisation du projet, il doit être capable de faire preuve de diplomatie et avoir le sens de l'écoute. De même, piloter et coordonner un projet suppose une implication particulière de l'AAH en ce sens qu'il doit porter ce projet, le soutenir et prendre des initiatives.

Ainsi l'AAH, dans sa déclinaison des axes stratégiques du groupement en moyens opérationnels, joue un rôle de relai entre la direction et les différents professionnels intervenants dans l'établissement. La mise en œuvre de tels projets lui permet de mettre à profit son expertise

et à sa compétence pour répondre aux enjeux structurels auxquels sont confrontés les établissements publics de santé.

3.3.2 L'impact de la réforme sur le métier d'AAH

Outre l'aspect technique et l'expertise que requiert la mise en œuvre des GHT, ce dernier impacte comme nous avons pu le voir précédemment le mode de management des personnels d'encadrement mais aussi le champ de leurs missions.

En effet, la mutualisation des fonctions supports peut avoir un impact, à savoir :

- Soit, un dessaisissement des missions de l'AAH au profit de l'établissement support ;
- Soit, un renforcement des missions doublé par un exercice multi site.

Cette problématique est particulièrement prégnante pour la fonction achat. La centralisation de la passation des marchés entraîne de facto un dessaisissement, notamment pour les acheteurs, et laisse poindre dans certains établissements la création de postes de référents. Le modèle d'organisation pouvant être retenu serait une équipe d'acheteur unique concentrée au sein de l'établissement support et des référents dans les établissements parties pour déterminer les besoins internes. Une des opportunités serait de faire appel aux différentes compétences des établissements parties pour constituer cette nouvelle équipe d'achat.

Egalement, cela peut entraîner un exercice multi site avec un mode de management à distance et des responsabilités parfois accrues, notamment dans un GHT regroupant de nombreux établissements.

Les GHT représentent pour les AAH le cadre de leurs missions de demain et appellent de leur part une attention toute particulière à la fois sur la technicité et les propositions qu'ils seront amenés à formuler, mais également sur sa vision managériale qu'ils pourraient être amenés à changer.

Conclusion

La rationalisation de notre maillage sanitaire reste une préoccupation majeure des pouvoirs publics depuis maintenant plusieurs décennies. Si différents instruments juridiques ont vu le jour pour permettre aux établissements de coopérer sur certaines fonctions supports, le GHT adopte une vision plus large en intégrant un projet médical partagé et une adhésion au caractère obligatoire.

Si l'on peut s'interroger sur l'opportunité de coopérer quand cette action est imposée, l'objectif du GHT demeure la fluidification du parcours patient en impulsant chez les établissements une logique de groupe et une réflexion autour des filières prioritaires de prises en charge dans une perspective d'efficience et d'efficacité.

Des craintes sont perceptibles auprès des professionnels du monde hospitalier, notamment parce que ce nouveau modèle de coopération bouleverse nos organisations et notre vision managériale. Il ne faut plus composer à un mais à plusieurs dans un cadre et un calendrier définis par les textes. Néanmoins, la coopération n'est pas chose nouvelle pour les établissements publics de santé qui peuvent s'appuyer sur l'existant et resserrer les liens qu'ils ont pu nouer entre eux, en créer de nouveaux.

Réforme de grande ampleur, elle doit être menée en concertation et dans le cadre d'une gestion de projet bien définie son approche processus et managériale afin de produire un réel travail coopératif qui associe à la fois les membres et qui ne néglige pas les autres acteurs non parties, tels que les acteurs privés. Ce projet permettra de jauger les capacités des établissements sur les différentes fonctions supports, cliniques et médico-techniques concernées pour une meilleure organisation et planification sanitaire et une rationalisation de l'offre de soins.

La réussite de ces groupements dépendra à la fois de la participation active des équipes hospitalières médicales et non médicales et de l'appropriation par les différents acteurs de ce nouvel outil juridique.

Ce stage m'a permis d'appréhender la mise en place d'une démarche projet au sein d'un établissement. Travailler autour d'une approche généraliste sur la mise en œuvre de ces groupements m'a permis à la fois d'apporter un soutien technique et méthodologique mais également de comprendre les enjeux et les perspectives d'une telle réforme qui impactera nos organisations.

Bibliographie

ARTICLES

- APH, « APH décrypte les points clés du décret GHT : la vigilance ne baisse pas », *Communiqué de presse* [en ligne], 10 mai 2016, disponibilité : <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/communiques-de-presse/318-aph-ght>
- APM, « Quatre questions à Jean-Olivier Arnaud, DG du CHU de Lille, sur le GHT Lille Métropole Flandre Intérieure. », n°273820, 31 août 2016.
- APM, « Paca: l'ARS confirme la création de six GHT, avec un périmètre départemental », *Dépêche*, 1^{er} juillet 2016.
- APM, « Convergence informatique et GHT : le Syntec Numérique et la FHF préparent le terrain », n°273998, 7 septembre 2016.
- ARS, « Groupements hospitaliers de territoire en Paca : 6 groupements à l'échelle départementale sont arrêtés. », *Communiqué de presse* [en ligne], Marseille, le 1^{er} juillet 2016, disponibilité : http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Services/Presse/Communiqués/2016/CP_GHT_Paca.pdf
- C. EVIN, L. HOUDART, « Et maintenant ? Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route. », *Revue Hospitalière de France*, n°571 juillet-août 2016, pp. 32-37.
- « Focus », *Les Tribunes de la santé* 2016/2 (n° 51), p. 11-19.
- L. CAZIN, F. KLETZ, « les groupements hospitaliers de territoire. Nouveaux espaces d'apprentissages pour l'hôpital. », *Revue Hospitalière de France*, n°571 juillet-août 2016, pp. 26-31.
- MERDINGER-RUMPLER C., NOBRE T., « Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? », *Gestion 2000* 2011/3 (Volume 28), pp. 51-66.
- P. DE MONTALEMBERT, « Les groupements hospitaliers de territoire – Perspectives et questionnement », *Gestions hospitalières* [en ligne], n°547 07/2015, p. 334. Disponibilité : <http://www.gestions-hospitalieres.fr/en/article/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>
- *Revue hospitalière de France*, « Hôpitaux Champagne Sud une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT », *Réflexions hospitalières*, n°569 mai 2016.
- SMPS, « Une demande de revalorisation des conditions d'exercices et une perception globalement négative de la mise en œuvre des GHT chez les directeurs, ingénieurs et cadres », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 23 mai 2016 [consulté le 17 août 2016], disponibilité : http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/comm/2016/27_CP_Une_demande_de_revalorisation_des_conditions_d_exercices_et_une_perception_globalement_negative_de_la_mise_en_oeuvre_des_GHT_chez_les_directeurs_ingenieurs_et_cadres_-_23.05.2016.pdf
- SYNDICASS, « GHT : quelles conséquences », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, juin 2015 [consulté le 4 juin 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2015-06-26-DOSSIER-GHT.pdf>

- SYNDICASS, « Publication du décret GHT du 27 avril 2016 : Des précisions utiles, des contradictions maintenues », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 3 mai 2016 [consulté le 4 juin 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2016-05-03-CP-Decret-GHT.pdf>
- SYNDICASS, « Comité de suivi des GHT du 10 mai 2016 : De nouvelles précisions et un plan d'accompagnement », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 11 mai 2016 [consulté le 4 juin 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2016-05-11-CP-Comite-de-suivi-GHT.pdf>
- SYNDICASS, « La nécessité de garanties pour agir et avancer », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 17 mai 2016 [consulté le 4 juin 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2016-05-17-CP-Comite-de-selection-DH.pdf>
- SYNDICASS, Comité de suivi des GHT du 23 juin 2016 : Des attentes fortes et des incertitudes à lever », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 27 juin 2016 [consulté le 17 aout 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2016-06-27-CP-Comite-de-suivi-GHT.pdf>
- SYNDICASS, « Comité national de suivi des GHT du 21 juillet 2016 : Un accompagnement ne levant pas toutes les ambiguïtés », *Communiqué de presse* [en ligne], Paris, le 22 juillet 2016 [consulté le 17 aout 2016], disponibilité : <http://www.syncass-cfdt.fr/images/pdf/actualites/2016-07-22-Comite-GHT.pdf>

THESES ET MEMOIRES

- P. TUAUDEN, De la « culture projet » à la mise en œuvre d'un management participatif : une opportunité stratégique pour le directeur d'établissement, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé publique, 2003, Rennes, 85 p.

RAPPORTS

- CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES, « Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne-sur-mer exercices 2008 et suivants », PACA, 2014.
- E. COUTY, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux », Mars 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
- HUBERT J. et MARTINEAU F., « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission », Ministère des affaires sociales et de la santé, février 2016.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « Dossier de presse •Loi de modernisation de notre système de santé », 28 janvier 2016 [consulté le 29 aout 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », 23 septembre 2013 [consulté le 12 février 2016], disponibilité : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf

LOIS ET DECRETS

- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101 du 29 avril 2016, texte n° 24.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n° 1.
- LOI n° 2013-1168 du 18 décembre 2013 relative à la programmation militaire pour les années 2014 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense et la sécurité nationale. JORF n°0294 du 19 décembre 2013, p. 20570, texte n° 1.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n°1 – NOR: SASX0822640L.

ARRETES ET DECISIONS

- Arrêté n°2016GHT07-25 du 1^{er} juillet 2016 récapitulant la liste des Groupements Hospitaliers de Territoire pour la région Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Réf : DOS-0616-4745-D.
- Arrêté n°2016GHT07-30 du 1^{er} juillet 2016 fixant la liste des groupements hospitaliers de territoire – composition du groupement hospitalier de territoire du var, Réf : DOS-0616-4743-D.
- Décision du 20 juin 2016 portant autorisation pour l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne d'être associé à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Var.
- Décision n°2016GHT07-34 du 1^{er} juillet 2016 portant approbation de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire du « Var ».

SITES INTERNET

- <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght> [visité le 22 février 2016]
- <http://www.fhf.fr/GHT> [visité le 8 mai 2016]
- <http://www.ars.paca.sante.fr/Groupements-hospitaliers-de-te.128856.0.html> [visité le 10 juillet 2016]
- <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/fonctions-administratives-et-techniques-kit-doutils/> [visité le 17 août 2016]
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2630094/fr/trajectoire-de-mise-en-oeuvre-de-la-certification-dans-le-cadre-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-ght [visité le 17 août 2016]
- http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/IMG/pdf/approche_processus_QRRAL_v3.pdf [visité le 5 septembre 2016]
- <http://www.gestions-hospitalieres.fr/en/article/les-groupements-hospitaliers-de-territoire> [visité le 6 septembre 2016]

Liste des annexes

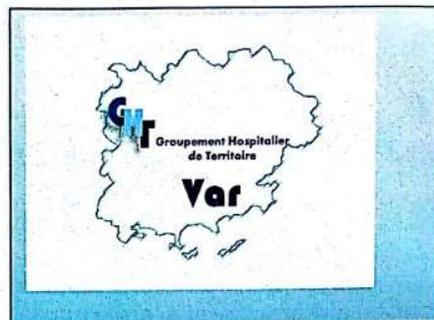
Annexe 1 – Extrait d'un article du journal interne du CHITS: « GHT 83, projet de santé, une nouvelle page à écrire ensemble » (Synergies – Juillet 2016 – n°257)

Annexe 2 – Arrêté n°2016GHT07-30 du 1^{er} juillet 2016 fixant la liste des groupements hospitaliers de territoire – composition du groupement hospitalier de territoire du var, Réf : DOS-0616-4743-D.

- ANNEXE 1 -

COOPERATIONS HOSPITALIERES

→ **GHT 83, projet de santé,
une nouvelle page à écrire ensemble ...**



Le 1er Juillet 2016 a donné le coup d'envoi à la création du groupement hospitalier de territoire du Var (GHT). Ce nouveau mode de coopération, institué par l'article 107 de la loi n°2016-31 du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a pour objet l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes de territoire. Le GHT repose sur l'élaboration d'un projet médical partagé portant sur toutes les activités et organisant une offre de soins de proximité et de recours.

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire est venu définir les conditions de création, les modalités de gouvernance de chaque groupement ainsi que le périmètre de mutualisation des fonctions et activités relatives au projet médical partagé. Si le déploiement du dispositif est prévu jusqu'en janvier 2021 sa première échéance était fixée au 1er juillet 2016. A cette date, les établissements parties au GHT ont transmis au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé leur convention constitutive et les premières orientations du projet médical partagé du groupement. Outre le C.H.I.T.S., établissement support du groupement, le GHT 83 est composé du CHI Fréjus-Saint-Raphaël, du CH d'Hyères, du CH de Brignoles, du CH de Draguignan, du CH du Luc-en-Provence, du CH de Pierrefeu et du CH de Saint-Tropez.

Cette loi, parmi les plus structurantes de notre système de soins, a pour objectif d'organiser une stratégie commune entre les établissements membres du groupement dans un esprit d'efficacité commune et qui garantit l'équilibre des relations. Le GHT ainsi institué ambitionne de disposer sur le territoire d'une offre de santé en proximité et en complémentarité par la mise en place de réelles coopérations entre les institutions et les équipes.

Le développement des mutualisations et des coopérations entre équipes médicales, soignantes et administratives contribueront à l'obtention de gains d'efficacité en termes de gestion et de compétences, dans le respect de l'autonomie juridique des établissements.

C'est par ailleurs à ce titre que l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte-Anne est amené à être un membre associé au GHT et, conformément au chapitre IV de l'article L.6132-1 du code de la santé publique, participe à l'élaboration du projet médical partagé. Cette collaboration contribue au développement et au maintien des compétences indispensables au soutien santé en opérations. Elle s'inscrit à la fois dans les orientations de la loi de programmation militaire 2017/19 et dans la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé qui reconnaît les hôpitaux militaires comme acteurs à part entière du service public hospitalier. L'HIA est représenté dans les différentes instances selon les modalités précisées dans la convention constitutive du groupement. Par ailleurs, une convention d'association spécifique précisera les modalités de cette association.

Le calendrier contraint établi par le décret oblige au lancement dès le 1er juillet 2016 des travaux de construction du groupement. Cette démarche collective sera cadencée autour de plusieurs périodes correspondant aux attendus définis par les textes et la convention constitutive du groupement. L'engagement et la mobilisation de l'ensemble des acteurs des établissements constituent la clé de la réussite de la construction de ce groupement afin de faire évoluer les organisations et les prises en charge.

Floryse VERHEYDEN
Stagiaire Attachée d'Administration Hospitalière
Pôle Stratégie, Développement et Projets
Direction des Politiques Territoriales



- ANNEXE 2 -



Ref : DOS-0616-4743-D

ARRÊTE N°2016GHT07-30
FIXANT LA LISTE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE
COMPOSITION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
DU VAR

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

VU l'arrêté n° 2012DG/01/08 du 30 janvier 2012, modifié par l'arrêté N° 2013361-0001 du 27 décembre 2013 du directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, fixant le schéma régional d'organisation des soins-projet régional de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, publié le 31 janvier 2012 ;

VU l'arrêté du 11 décembre 2015 portant nomination de Monsieur Paul Castel, en qualité de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ;



ARRETE

Article 1 — La composition du groupement hospitalier du territoire du Var

Le groupement hospitalier de territoire du Var est composé des établissements suivants :

- Centre hospitalier Jean Marcel, FINESS EJ 83 010 051 7, sis boulevard Joseph Monnier, CS 10301 à Brignoles (83175 Cedex),
- Centre hospitalier de La Dracénie, FINESS EJ 83 010 052 5, sis route de Montferrat, BP 249 à Draguignan (83007 Cedex),
- Centre hospitalier départemental du Var, FINESS EJ 83 000 881 9, sis 7 rue Jean Jaurès au Luc-en-Provence (83340),
- Centre hospitalier Marie José Treffot, FINESS EJ 83 010 053 3, sis avenue Maréchal Juin, BP 82, à Hyères (83407 Cedex),
- Centre hospitalier Pierrefeu du Var, FINESS EJ 83 010 120 0, sis Quartier Barnencq à Pierrefeu du Var (83091),
- Centre hospitalier St-Tropez, FINESS EJ 83 010 059 0, Rond Point Gal Diego Brosset, RD 559 à Gassin (83580),
- Centre hospitalier Fréjus-Saint Raphaël, FINESS EJ 83 010 056 6, sis 240 avenue de Saint Lambert, BP 110 à Fréjus (83608 Cedex),
- Centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne, FINESS 83 010 061 6, sis 54 rue Henri Sainte Claire Deville, CS 31412 à Toulon (83056 Cedex),

Article 2 – Création du comité territorial des élus locaux

La publication du présent arrêté emporte la création du comité territorial des élus locaux de ce groupement hospitalier de territoire.

Article 3 – Recours

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 4 – Exécution

Le directeur général adjoint de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et le délégué départemental concerné, sont chargés de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Marseille, le

01 JUL. 2016


Paul CASTEL

VERHEYDEN

Floryse

Décembre 2016

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2016

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire : L'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon – La Seyne sur mer

Résumé :

Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient appuyée sur un projet médical partagé entre établissements publics de santé, telle est la trajectoire donnée par l'action publique avec la création des groupements hospitaliers de territoire.

Ces groupements ont vocation à garantir sur le territoire une offre de santé en proximité et en complémentarité par le développement de mutualisations inter établissements et de coopérations entre équipes médicales, soignantes et administratives dans un esprit d'efficience commune.

La loi du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé, pose aux établissements publics de santé un nouveau défi structurel en créant un nouveau mode de coopération à adhésion obligatoire. Au 1^{er} juillet 2016, les groupements hospitaliers de territoire sont nés et ont posé les bases d'une réorganisation sanitaire de grande ampleur et échelonnée dans le temps qui impacte les organisations internes des établissements publics de santé et leurs modes de management.

Mots clés :

Groupement hospitalier de territoire – Coopération – Territoire – Loi de modernisation de notre système de santé – Politiques de santé – Mutualisation – Projet médical partagé – Décret du 27 avril 2016

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.