



**EHESP**

---

**Elèves Directeurs d'Hôpital**

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **octobre 2016**

---

**Articuler centralisation et  
décentralisation dans le cadre  
d'une coopération hospitalière  
intégrée et définie nationalement -  
L'exemple de la construction du  
GHT de Charente et de sa fonction  
achat**

---

**Charly MARGERIN**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout d'abord mon maître de stage au Centre Hospitalier d'Angoulême, Monsieur Nicolas PRENTOUT, directeur des services économiques, logistiques, et des travaux, ainsi que Monsieur Hervé LEON, directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême.

Tous deux m'ont permis d'être fortement impliqué dans la construction du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Charente, que ce soit au niveau de sa conception stratégique et générale pour l'un, ou dans la construction de la fonction achat mutualisée pour l'autre.

Ce mémoire s'appuie en grande partie sur l'expérience de ces projets auxquels j'ai ainsi pu participer ainsi que sur leurs précieux conseils.

Je remercie également sincèrement Monsieur Alain MOURIER, responsable de la formation relative aux achats à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), qui a accepté d'être mon directeur de mémoire et qui, par sa disponibilité, son expérience professionnelle, et sa bienveillance, m'a rassuré et guidé tout au long de la production de ce travail.

Merci à Monsieur Quentin MOURONVAL, directeur des achats de l'Etablissement Public de Santé Mentale de Ville-Evrard, qui m'a conseillé et fait partager son expérience dans le projet de mise en place de la fonction achat commune.

Je remercie aussi l'ensemble des directeurs et responsables des fonctions achat du territoire de Charente, qui m'ont reçu pour échanger sur la mise en œuvre de la fonction achat dans le cadre du GHT.

Je remercie enfin l'ensemble de mes proches, qui m'ont accompagné et transmis leurs encouragements tout au long de cette période de formation dont ce mémoire constitue, d'une certaine manière, une forme d'aboutissement.



---

# Sommaire

---

Introduction : Evolution des structures de coopérations hospitalières, de la structuration des fonctions achat des EPS, et éléments de contexte sur les collaborations inter-hospitalières en Charente.....	3
1 Le cadrage national du GHT a dû évoluer et se stabiliser afin de permettre le démarrage de la conduite des projets dans les territoires.....	12
1.1 Une conception nationale du GHT initialement assez intégrative .....	12
1.1.1 Le rapport Hubert-Martineau, au fondement de la réforme des groupements hospitaliers de territoire .....	13
1.1.2 Les premières versions du décret relatif aux GHT .....	15
1.1.3 La définition d'une fonction-achat unique .....	16
1.2 Une conception initiale qui a pu freiner le démarrage du projet .....	17
1.2.1 Des réactions et des revendications ont animé le débat sur le GHT au niveau national .....	17
1.2.2 La réaction des acteurs de terrain en Charente: au niveau stratégique .....	18
1.2.3 La réaction des acteurs de terrain en Charente: la fonction achat .....	19
1.3 Les évolutions de la définition nationale du GHT ont permis d'enclencher les démarches-projets dans les territoires .....	20
1.3.1 Les contours du GHT définis par la loi.....	20
1.3.2 Une stabilisation de la réglementation qui laisse une certaine autonomie et souplesse aux acteurs de terrain.....	21
1.3.3 Une dynamique illustrée par la définition de la fonction achat dans le cadre du GHT	22
2 Conduire le projet GHT en impliquant et en convainquant les acteurs du territoire ...	23
2.1 La conduite de projet dans la conception stratégique du GHT: l'efficacité d'une démarche ouverte, souple et participative.....	24
2.1.1 Principes généraux de la démarche-projet pouvant être mise en œuvre afin d'articuler les différents impératifs du GHT .....	24
2.1.2 La démarche-projet du GHT de Charente au niveau stratégique: illustration d'une recherche d'équilibre entre centralisation et décentralisation, national et local	26

2.2	La construction de la fonction achat dans le cadre du GHT de Charente: s'appuyer sur des cadres nationaux pour développer une démarche participative et respecter la subsidiarité .....	28
2.2.1	La définition commune du périmètre de la fonction achat mutualisée .....	28
2.2.2	L'élaboration conjointe des objectifs et l'identification de premières pistes de coopérations .....	30
2.2.3	La définition conjointe de la démarche-projet à poursuivre .....	32
2.3	La démarche-projet: annonciatrice de la gouvernance du GHT .....	33
3	Adapter la conduite du projet GHT à ses zones d'incertitudes: éléments de prospective .....	34
3.1	Des incertitudes concernant les suites de la mise en œuvre du GHT, notamment au niveau des achats .....	35
3.1.1	Le niveau stratégique du GHT .....	35
3.1.2	Les incertitudes concernant la fonction achat du GHT .....	37
3.2	Impacts de ces incertitudes sur la démarche-projet du GHT .....	40
3.2.1	L'adhésion des acteurs au niveau stratégique à la convention constitutive peut être remise en cause si elle évolue vers plus d'intégration .....	40
3.2.2	Une démarche-projet du GHT achat aboutissant à des points de consensus sans que les marchés à faire converger ne soient encore clairement identifiés .....	43
3.2.3	La possibilité de recourir à des tiers consultants .....	48
3.3	Manager en zone d'incertitude: la conduite du projet GHT en interne, un défi pour le directeur d'hôpital .....	51
3.3.1	Les incertitudes concernant les conséquences du GHT sur l'organisation du travail: l'exemple de la fonction achat au Centre Hospitalier d'Angoulême .....	51
3.3.2	Une démarche-projet et un management participatif, associant les équipes, favorise l'adhésion au projet et l'apaisement des craintes .....	53
	Conclusion .....	56
	Bibliographie .....	59
	Liste des annexes .....	63

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHA : Centre Hospitalier d'Angoulême

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CMG : Commission Médicale de Groupement

CSIRMT(-G) : Commission des soins infirmiers, médicotéchniques et de rééducation (-de groupement)

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

EPS : Etablissement Public de Santé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCS-ES : Groupement de Coopération Sanitaire Etablissement de Santé

GCS-M : Groupement de Coopération de Sanitaire de Moyens

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MIGAC : Missions d'intérêt Général et Aide à la Contractualisation

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

PCSIRMT : Président de la Commission de Soins Infirmiers, Médicotéchniques, et de Rééducation

PRS : Projet Régional de Santé

PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables

RESAH : Réseau des Acheteurs Hospitalier

UGAP : Union des Groupements des Achats Publics

UniHA : Union des Hôpitaux pour les Achats

SI : Système d'Information

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins



## **Introduction : Evolution des structures de coopérations hospitalières, de la structuration des fonctions achat des EPS, et éléments de contexte sur les collaborations inter-hospitalières en Charente**

### **1) Des prémices des coopérations hospitalières à l'émergence des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

La création, par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et par le décret du 27 avril 2016, des groupements hospitaliers de territoires (GHT) est le résultat d'une longue évolution de la structuration des coopérations entre établissements publics de santé conduisant à une conception de plus en plus intégrative de la recomposition de l'offre hospitalière. Il importe ici de rappeler brièvement quelles sont ou ont été les différentes formes de coopération inter-hospitalières<sup>1</sup>.

C'est la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a permis les premières formes de coopérations inter-hospitalières en créant la possibilité pour des établissements publics de santé (ou privés assurant le service public) situés au sein d'un même secteur sanitaire de former un *groupe inter-hospitalier de secteur*, non doté de la personnalité morale. Un groupe inter-hospitalier pouvait se doter de la personnalité morale en se constituant en *syndicat inter-hospitalier*, qui avait le statut d'établissement public. Ces deux possibilités juridiques avaient pour objectif de rapprocher les établissements de santé d'un même secteur afin de faciliter la coordination de leurs actions, selon une conception souple. Ces formes de coopération n'ont cependant pas obtenu le succès escompté, ce qui explique que l'ordonnance du 4 septembre 2003 ait supprimé la possibilité d'en constituer de nouvelles. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a imposé que les syndicats inter-hospitaliers soient transformés en d'autres structures de coopération comme les groupements de coopération sanitaire (Cf.infra).

Par ailleurs, de nombreuses coopérations, notamment bilatérales, engagées par les établissements publics de santé sont formalisées dans le cadre de *conventions* qui peuvent être conclues avec des personnes publiques et privées, y compris à l'international, afin de favoriser l'exercice de leur mission et la collaboration avec les autres acteurs impliqués.

---

<sup>1</sup> HOLCMAN, Robert, *Management hospitalier*, Dunod, 2015, pp.93-98

Afin de permettre aux établissements publics de santé d'engager des coopérations, notamment en matière de gestion commune d'activités, avec des acteurs publics ou privés (qui n'appartiennent pas nécessairement au champ sanitaire), la loi leur offre la possibilité de participer à des groupements d'intérêt public (GIP) avec d'autres personnes publiques, ou à des groupements d'intérêt économique (GIE) si une majorité des membres est régie par le droit privé.

Cependant, dans le but de permettre la constitution de coopérations plus intégrées entre établissements de santé et de faciliter les collaborations public/privé, la loi du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a mis en place les Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Initialement conçu pour permettre une gestion commune d'activités logistiques ou médicotechniques, et/ou de faciliter des interventions communes de personnels médicaux et non-médicaux, le GCS est une structure de coopération facultative dotée de la personnalité morale. La loi HPST introduit la distinction entre les GCS de Moyens (GCSM) qui gèrent des activités logistiques, administratives, médicotechniques ou de recherche, et les GCS – établissements de santé (GCS-ES) qui sont titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins. Le GCS constitue un des outils majeurs de la recomposition de l'offre hospitalière<sup>2</sup>.

Ces précédentes modalités de coopérations n'insistent pas, cependant, sur la mise en œuvre d'une stratégie commune, notamment médicale, élaborée conjointement par les membres de la structure. Les communautés d'établissement et les fédérations médicales inter-hospitalières ont ainsi été créées dans cet objectif (respectivement par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par l'ordonnance du 23 février 2010).

Cette volonté des pouvoirs publics d'inciter les établissements publics de santé à développer une stratégie commune est illustrée par la création par la loi HPST des communautés hospitalières de territoire (CHT). Il s'agit d'une structure de coopération facultative qui peut être créée par des établissements publics de santé d'un territoire par la voie d'une convention constitutive signée conjointement. Dans le cadre d'une CHT, les membres élaborent un projet médical commun, harmonisent leurs projets d'établissement, et peuvent gérer en commun certaines activités via des délégations ou des transferts de compétences. Un travail conjoint est également mené afin d'harmoniser leurs plans pluriannuels d'investissement et leurs modalités de gestion (notamment des ressources humaines et des systèmes d'information). Il convient de préciser que les établissements publics de santé du territoire de Charente, qui constitue le cadre géographique de cette

---

<sup>2</sup>Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*, juillet 2016, 55 p.

étude, avant la mise place du GHT, ne se sont pas dotés d'une CHT mais d'un GCS de moyens (Cf. infra).

La création des groupements hospitaliers de territoire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016 prolonge les objectifs poursuivis dans le cadre des CHT. Mais à la différence de ces dernières, la loi pose l'adhésion à un GHT comme obligatoire pour l'ensemble des établissements publics de santé du territoire (en dehors de possibles dérogations). Par ailleurs, les textes relatifs au GHT indiquent clairement les objectifs à atteindre pour les différentes structures en matière de construction des projets médicaux et de soins partagés : des filières, identifiées explicitement dans le décret, doivent être constituées pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017 afin d'assurer un maillage territorial efficient et garantissant l'égal accès à des soins de qualité et à une prise en charge coordonnée. La mise en œuvre du GHT implique également l'instauration d'instances de gouvernance communes, la désignation d'un établissement support qui gère pour le compte du groupement des activités logistiques et médicotéchniques à titre obligatoire (système d'information, fonction achat, département de l'information médicale (DIM) de territoire, formation) avec des objectifs de convergence pour la plupart pour la fin de l'année 2020. Un compte qualité commun doit être élaboré et une harmonisation des politiques financières est à prévoir dans le cadre du GHT.

La création du GHT constitue donc une forme d'aboutissement de l'évolution du cadre des coopérations inter-hospitalières pour les établissements publics de santé en les inscrivant dans une optique plus intégrative et dans une stratégie de groupe<sup>3</sup>. Il s'agit d'un changement de paradigme important pour des EPS dont l'autonomie est reconnue par la loi et pour qui toute coopération, jusqu'à lors, était facultative.

Enfin, il convient de rappeler comme l'a fait la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans un rapport relatif à la recomposition de l'offre hospitalière remis au Parlement en juillet 2016<sup>4</sup>, que la construction des GHT se réalise dans un contexte où se développent également les directions communes et, de manière certes plus restreinte, les fusions inter-établissements.

## **2) Un mouvement comparable de la structuration des achats hospitaliers vers une logique de groupements et de mutualisation**

---

<sup>3</sup>EVIN, C., « Les groupements hospitaliers de territoire : Au service d'une stratégie de groupe », *Revue hospitalière de France*, n° 568, janvier-février 2016, pp.36-40

<sup>4</sup>Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*, juillet 2016, 55 p.

Dans le cadre de ce travail relatif à la mise en œuvre du GHT, il a été choisi d'illustrer la construction de ce projet au travers de l'expérience de la création du GHT de Charente et de s'arrêter plus particulièrement sur la gestion commune et la mutualisation de la fonction achat, désignée comme une des fonctions obligatoirement gérées par l'établissement support pour le compte des autres établissements parties<sup>5</sup>.

En effet, les achats hospitaliers ont été, à l'instar des coopérations hospitalières, de plus en plus organisés dans le cadre d'une stratégie de (re)groupement et de mutualisation afin d'optimiser leur performance. La gouvernance et la gestion de la fonction achat ont également connu une recentralisation.

Cette structuration des fonctions achat des établissements publics de santé est à mettre en lien étroit avec la mise en œuvre du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables). Ce programme, initié en 2011 par la Direction Générale de l'Offre de Soins, est parti du constat que les achats constituent le deuxième poste de dépenses des établissements publics de santé (environ 24 milliards d'euros par an), et qu'il était nécessaire et possible de réaliser des économies (environ 1 milliard d'euros dès la première période triennale 2012 - 2014) en restructurant les fonctions achat des établissements.

Pour ce faire, le programme PHARE identifie trois leviers principaux<sup>6</sup> permettant de réaliser des gains sur achat et qui tous concourent à des rapprochements, regroupements ou harmonisations des fonctions achat des établissements :

- La massification des contrats, qui passe notamment par des regroupements entre établissements dans la passation des commandes et donc la mise en commun de marchés, avec un encouragement fort à constituer ou à s'inscrire dans des groupements de commande (Cf. infra) ;
- L'optimisation des produits et services achetés, qui implique entre autre le développement de la standardisation des produits et donc des rapprochements ou des substituabilités dans les produits commandés par les établissements publics de santé ;

---

<sup>5</sup> Article L. 6132-3-I du Code de la santé publique

<sup>6</sup> <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/article/achats-hospitaliers-le-programme-phare>

- Une optimisation et donc une harmonisation des processus achat, impliquant une professionnalisation plus grande des acheteurs et une convergence entre établissements publics de santé dans la nature des compétences à détenir et dans les processus métiers à mettre en œuvre.

En matière de gouvernance, le programme PHARE préconise la mise en œuvre d'un responsable achat unique au sein de chaque établissement, afin notamment de clarifier les circuits d'élaboration de la stratégie achat et de la prise de décision, et de fluidifier l'animation de l'ensemble de la fonction achat (stratégie et politiques achat, dialogue avec les prescripteurs et les fournisseurs, contrôle de la passation et du suivi des marchés et de la gestion des approvisionnements). Cette conception ministérielle plaide pour davantage de centralisation dans la gouvernance en matière d'achats hospitaliers, ce qu'il conviendra d'analyser à la lumière de la structuration de la gouvernance générale dans le cadre du GHT.

Enfin, ce mouvement de rapprochement et de regroupement des achats des EPS est également encouragé et facilité par la création des groupements de commandes et des centrales d'achat qui doivent permettre de générer des effets volumes et prix favorables à la réalisation de gains achats.

L'ordonnance de 2015 relative aux marchés publics<sup>7</sup> maintient la possibilité pour des pouvoirs adjudicateurs de mutualiser la passation de leurs marchés dans le cadre de groupement de commandes, qui peuvent notamment être constitués entre plusieurs établissements publics de santé par une convention signée par chacune des parties. Un tel groupement ne jouit pas de la personnalité morale mais désigne un coordonnateur qui en dispose et qui se charge du lancement et de la coordination de la procédure. Les offres sont en général évaluées par une commission d'appel d'offres, et, à l'issue de la consultation, l'ensemble des parties doit passer son marché avec le candidat retenu dans le cadre du groupement de commande. Il s'agit donc d'un système permettant une meilleure sécurisation de la passation des marchés (surtout pour les petites structures ne disposant pas de cellule marché), des gains achats en raison de l'effet volume généré, une harmonisation des pratiques, et une standardisation des produits, ce qui explique qu'il soit promu par le programme PHARE. Un groupement de commande peut être local, départemental ou régional.

Une autre possibilité permettant d'atteindre ces mêmes objectifs est le recours aux centrales d'achats. Une centrale d'achat est un pouvoir adjudicateur qui réalise la passation de marchés (de fournitures ou de services) auprès de fournisseurs

---

<sup>7</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2015/7/23/EINM1506103R/jo/texte>

référencés dans son catalogue pour le compte d'un autre pouvoir adjudicateur. Ces centrales d'achats, par le volume de leurs commandes, doivent permettre l'obtention de prix plus bas qu'en cas d'achats isolés. Elles contribuent également à l'harmonisation et à la sécurisation du processus achat et à la standardisation. La centrale d'achat généraliste pour l'ensemble du secteur public est l'UGAP, établissement public strictement soumis aux règles de l'achat public.

Ces modalités de mutualisation des achats sont anciennes mais ont connu un réel essor depuis le milieu des années 2000 avec la création dans le secteur hospitalier du GCS UNI-HA et du GIP Resah-IdF.

Désormais, les trois centrales d'achat nationales sont l'UGAP (Union des groupements d'achat public), ouvert à tous les établissements de santé, le RESAH (réseau des acheteurs hospitaliers) initialement limité aux établissements de santé franciliens mais qui s'adresse maintenant à l'ensemble des établissements du territoire national, et UniHA, initialement réservé aux grandes structures mais qui a récemment ouvert son catalogue aux autres établissements publics de santé.

L'ensemble de ces évolutions tendent à démontrer que les achats hospitaliers s'inscrivent dans une dynamique de mutualisation, de regroupement et d'harmonisation. C'est donc assez logiquement que la fonction achat a été identifiée comme une des fonctions gérées obligatoirement par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des parties dans le cadre du GHT.

### **3) Eléments de contexte et état des lieux des coopérations entre les établissements publics de santé (EPS) du territoire de Charente**

Le Groupement Hospitalier de Territoire de Charente, dont la convention constitutive a été signée et transmise au directeur général de l'ARS (DGARS) le 30 juin 2016, est constitué de l'ensemble des établissements publics de santé du département de Charente, à l'exception de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) qui a obtenu une dérogation de la part du DGARS à la fin du mois de juin 2016.

Le GHT de Charente (ou GHTC) est ainsi composé :

- Du Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA), désigné établissement support du GHT par plus des deux-tiers des conseils de surveillance des établissements parties ;

- Du Centre Hospitalier Intercommunal du Pays (CHIP) de Cognac (environ 450 lits dont 213 d'EHPAD et 37 d'USLD ; un budget achat en 2015 d'environ 15 millions d'euros) ;
- Des Hôpitaux Sud Charente (Barbezieux-Saint Hilaire – environ 400 lits dont 50 de médecine polyvalente, 100 lits d'EHPAD, 80 lits d'USLD, 50 lits de FAM ; et un budget achat en 2015 d'environ 10 millions d'euros) ;
- Du Centre Hospitalier de La Rochefoucauld (environ 430 lits dont 317 relevant du secteur médico-social et 42 de Soins de Suite et Réadaptation, le reste relevant de la médecine polyvalente à orientation gériatrique ; un budget achat en 2015 d'environ 4 millions d'euros) ;
- Du Centre Hospitalier de Ruffec (127 lits dont 29 de médecine polyvalente, 35 de SSR et le reste d'EHPAD ; un budget achat en 2015 d'environ 3 millions d'euros) ;
- Du Centre Hospitalier de Confolens (environ 200 lits dont 120 d'EHPAD ; un budget achat 2015 d'environ 9 millions d'euros) ;
- Du Centre Hospitalier de Châteauneuf (147 lits dont 66 lits d'EHPAD).

Le Centre Hospitalier d'Angoulême est l'établissement de référence du département. Il compte environ 600 lits en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), et 600 lits d'hébergement, et a un budget achats de plus de 50 millions d'euros en 2015.

A l'exception du CHIP de Cognac et du CHA, les établissements parties du GHT de Charente sont identifiés comme « hôpitaux de proximité ». A noter également que deux directions communes existent: l'une entre le CHIP de Cognac et le CH de Châteauneuf ; l'autre entre le Centre Hospitalier d'Angoulême et le CH de La Rochefoucauld. Ces établissements sont répartis sur l'ensemble de la Charente permettant un maillage relativement satisfaisant, et le CHA est situé au centre du département.

Le département de Charente compte environ 353 000 habitants pour une superficie de 6000 km<sup>2</sup> (soit une densité d'environ 60 habitants/Km<sup>2</sup>). La population est vieillissante, avec en 2013 plus de 12% de la population âgée de 75 ans et plus<sup>8</sup>, ce qui implique des besoins de santé importants. Le territoire de Charente présente des caractéristiques rurales (la ville d'Angoulême comptant 41 000 habitant et l'agglomération environ 150 000). Le taux de chômage y est légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Enfin, bien que la densité de professionnels de santé de ville ne soit pas, en Charente, à classer parmi les plus défavorables de France, la démographie des médecins généralistes est vieillissante et certaines spécialités sont peu représentées (par exemple

---

<sup>8</sup> INSEE, *Département de la Charente : dossier complet*, 2013

la pédiatrie). La construction du GHT s'inscrit donc dans un territoire présentant de réelles spécificités.

Dans ce contexte, et en amont de la constitution du GHT, les établissements publics de santé ont été amenés à développer des coopérations, tant médicales que médicotechniques ou logistiques, afin de répondre au mieux aux besoins de santé croissants de la population.

Dans le cadre de la préparation de la mise en place du GHT de Charente, les coopérations entre EPS ont été répertoriées et ont fait l'objet d'une représentation cartographique (Cf. annexe n°1) qui met en évidence un nombre important de coopérations. Au niveau médical par exemple, des accords-cadres relatifs à la prise en charge en urgence ont été signés entre le CHA et l'ensemble des autres EPS devenus partie du GHT. Une filière de prise en charge des accidents vasculaires-cérébraux de territoire a été constituée, et le CHA en est l'établissement pivot. En médecine, notamment en neurologie, pneumologie, néphrologie, infectiologie et pédiatrie, des conventions-cadres ont été signées et des consultations avancées sont réalisées, essentiellement par des praticiens du CHA. Des temps de praticiens partagés ont également été mis en place. Le CHA réalise aussi des consultations avancées dans plusieurs spécialités chirurgicales dans l'ensemble des EPS de Charente. Une filière de Soins de Suite et de Réadaptation est aussi en cours de structuration sur le territoire, en particulier afin de permettre des solutions d'aval en sortie d'hospitalisation, tout comme une filière gériatrique.

L'ensemble des établissements publics de santé de Charente (EPSM inclus) ont également constitué un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de Moyens en 2009 (communément appelé « GCS 16 »), notamment afin d'élaborer une gestion commune de plusieurs activités logistiques et médicotechniques comme par exemple :

- La blanchisserie
- Le laboratoire
- Un médecin du Département de l'Information Médicale (DIM) du CHA intervenant dans différents établissements de Charente
- Une activité de télé-imagerie (astreintes à distance assurées par les praticiens du CHA pour le CH de Ruffec)
- Un appui de l'équipe biomédicale du CHA est également apporté à différents établissements membres. Il en va de même pour la gestion des déchets (notamment à risques infectieux).

Concernant leurs achats, il est à noter que les établissements publics de santé de Charente participent conjointement à différents groupements de commande locaux (en général coordonné par l'un d'entre eux), comme par exemple pour les produits à usage unique non-stériles, les fluides médicaux, le transport et l'élimination des DASRI (groupement régional coordonné par le CHA). Ils participent aussi parfois aux mêmes groupements de commande régionaux (ex : linge tissé, produits d'incontinence).

L'état des coopérations des établissements publics de santé charentais semble donc favorable à l'instauration d'un Groupement Hospitalier de Territoire.

Néanmoins, les différentes coopérations développées ne sont pas harmonisées et généralisées à l'ensemble des établissements. Par exemple, tous les établissements ne participent pas à l'activité de biologie mutualisée dans le cadre du GCS 16.

De même, tous les établissements ne participent pas systématiquement aux mêmes groupements de commande, et la réflexion sur la mutualisation des achats n'avait pas été réellement engagée avant la préparation du GHT. Les coopérations médicales consistent essentiellement dans des conventions bilatérales qui n'impliquent pas une réflexion commune de l'ensemble des établissements sur la construction et la répartition de l'offre de santé sur le territoire. Par ailleurs, certains établissements ont fait valoir leurs coopérations également bien installées avec d'autres établissements extérieurs au département de Charente, donc au GHT, et leur crainte de se voir dépossédés de leurs prérogatives au profit de l'établissement support.

La mise en place du GHT s'inscrit donc dans une évolution des conceptions nationales en matière de coopération hospitalière vers davantage d'intégration, de centralisation, et de mutualisation, ce qui est également illustré par les orientations données en matière d'achats hospitaliers. Mais il importe également de prendre en compte les spécificités des territoires dans lequel le GHT est installé, et la nécessité d'une certaine subsidiarité pour développer l'efficience.

**Comment articuler cette double-exigence d'équilibre entre les orientations nationales et les fonctionnements locaux d'une part, et le mouvement de centralisation des fonctions et activités vers l'établissement support avec le nécessaire maintien d'une forme de subsidiarité d'autre part ?**

A partir de l'expérience observée et vécue de la construction du GHT de Charente durant un stage de direction du 4 janvier au 2 septembre 2016 réalisé au Centre

Hospitalier d'Angoulême, la thèse ici défendue est que la nature de la **démarche-projet** relative à la mise en œuvre du Groupement Hospitalier de Territoire peut permettre de concilier ces différents impératifs.

Il sera montré dans une première partie que les orientations nationales ont dû évoluer afin de permettre le démarrage de la démarche-projet GHT dans les territoires et le dépassement de réticences en particulier sur la question des achats (I). La deuxième partie s'attache à montrer que la démarche-projet développée pour le GHT de Charente, tant pour les achats qu'au niveau de la stratégie générale, a permis l'adhésion des acteurs et la préparation efficace de la future gouvernance (II). Enfin, une troisième partie est consacrée de manière prospective aux zones d'incertitudes qui subsistent, au niveau général comme en matière d'achats, et à leurs impacts sur la démarche-projet et sur le management interne (III).

## **1 Le cadrage national du GHT a dû évoluer et se stabiliser afin de permettre le démarrage de la conduite des projets dans les territoires**

Les acteurs de terrain, pour ce qui a pu être observé et vécu dans le cadre de ce stage de direction au Centre Hospitalier d'Angoulême, ont été très réceptifs et dans l'attente d'une définition nationale du GHT pour pouvoir enclencher leurs démarches-projet. Au-delà de la loi adoptée le 26 janvier 2016, ce sont les éléments de doctrine (rapports) et le décret relatif au GHT qui influencent la mise en œuvre opérationnelle. Il a été nécessaire que ce cadre, notamment réglementaire, évolue afin de tenir compte du besoin de souplesse des acteurs hospitaliers pour la définition et la mise en œuvre d'une démarche adaptée aux réalités de leur territoire.

### **1.1 Une conception nationale du GHT initialement assez intégrative**

Les premiers contours donnés au GHT par la doctrine et la réglementation, en complément de l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé, sont ceux d'un outil juridique de coopération non seulement obligatoire pour les établissements publics de santé (EPS) mais impliquant également une intégration forte de leurs politiques et de leur gouvernance.

### 1.1.1 Le rapport Hubert-Martineau, au fondement de la réforme des groupements hospitaliers de territoire

Afin d'accompagner la réforme des groupements hospitaliers de territoire et sa mise en œuvre opérationnelle, la ministre de la Santé a missionné, dès le 17 novembre 2014<sup>9</sup>, Mme Jacqueline HUBERT, directrice générale du CHU de Grenoble, et M. Frédéric MARTINEAU, président de la CME du Centre Hospitalier de la Côte Basque, pour la rédaction d'un rapport issu de rencontres avec des acteurs de terrain et de travaux techniques animés par la DGOS et associant des professionnels hospitaliers<sup>10</sup> devant permettre la création et la mise en œuvre opérationnelle des GHT dans les territoires.

Les préconisations émises par le rapport Hubert-Martineau ont été assez largement reprises dans l'article 107 de la loi dite de modernisation de notre système de santé et par le décret relatif au Groupement Hospitalier de Territoire. Elles témoignent d'une vision relativement intégrative des coopérations au travers du GHT.

Ainsi, si l'objectif du rapport Hubert-Martineau est bien d'optimiser le parcours des patients, améliorer l'accessibilité de l'offre en soins de qualité, et permettre la définition d'une stratégie de groupe des établissements publics de santé, un certain nombre d'éléments impulsent un mouvement d'intégration forte des EPS et de leurs politiques dans le cadre du GHT.

Par exemple, l'orientation n°2 du rapport définitif dispose de la nécessité de "mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux"<sup>11</sup>. C'est ainsi le rapport Hubert-Martineau qui a incité à ce que soit créé, à l'échelle du GHT, une instance qui soit le pendant des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des établissements parties et à ce qu'émerge la figure d'un "leader médical" du GHT, comparable au Président de CME (PCME). Le rapport tend à démontrer que, dans un souci d'efficacité optimale, il est nécessaire de mettre en œuvre une gouvernance intégrée c'est-à-dire comparable et pouvant potentiellement se substituer à la gouvernance et aux instances internes des établissements, notamment en cas de CHT ou de directions communes. Néanmoins, il inscrit cette évolution dans une démarche progressive, étant donné les différences de maturité des territoires en matière de coopérations inter-hospitalières.

---

<sup>9</sup> Lettre de mission du 17 novembre 2014 de Mme Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé, adressée à Madame Jacqueline HUBERT et Monsieur Frédéric MARTINEAU

<sup>10</sup> HUBERT, J.; MARTINEAU, F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La Documentation Française, 2016, 51p.

<sup>11</sup> Ibid

Pour autant, la création de pôles inter-établissements est fortement encouragée et doit s'élaborer sur le même modèle que les pôles internes des établissements publics de santé, ce qui conforte la définition du GHT comme modalité de coopération intégrée. Le pôle inter-établissement est ainsi désigné comme "l'outil privilégié pour organiser en commun des activités en ce qu'il met une responsabilité médicale de territoire, habilitée à définir les modalités de structuration des activités et concernant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux<sup>12</sup>". Les pôles inter-établissements permettent également de définir et de gérer une politique médicale commune pilotée par l'établissement support puisque son directeur nomme le chef de pôle et signe le contrat de pôle inter-établissement. Le rapport ne fait pas de la création de tels pôles une obligation mais la définit comme le mode de gestion normal des activités médicales du GHT.

Enfin, cette dynamique intégrative des coopérations inter-hospitalières dans le cadre du GHT promue par le rapport Hubert-Martineau se retrouve dans l'étendue des compétences et des délégations détenues par l'établissement support du GHT. Ainsi, lorsque le rapport évoque les piliers de la gouvernance des GHT définis par la loi du 26 janvier 2016, il affirme que, pour les fonctions mutualisées, le directeur de l'établissement support détient les compétences de chef d'établissement, ce qui implique notamment l'autorité hiérarchique (pouvoir de nomination et de sanction) sur les personnels de ces fonctions mutualisées, quel que soit leur établissement de rattachement. Il est aussi désigné comme représentant du GHT et ordonnateur (pour les fonctions mutualisées). Une telle définition implique donc des délégations de compétences majeures pour les directeurs des établissements non-support.

Ceci est par exemple illustré par la fonction achat du GHT, puisque le rapport préconise la nomination d'un responsable achat du GHT par le directeur de l'établissement support doté de l'autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels des achats du GHT. Par ailleurs, il est préconisé que le GHT soit automatiquement érigé en groupement de commande afin de permettre la mutualisation des achats et la convergence des marchés.

Le rapport Hubert-Martineau, quoique se référant régulièrement au principe de subsidiarité et à la nécessaire souplesse dans la conduite du projet, pose ainsi les bases d'une vision nationale du GHT comme un outil devant permettre des coopérations hospitalières beaucoup plus intégrées.

---

<sup>12</sup>HUBERT, J.; MARTINEAU, F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La Documentation Française, 2016, 51p.

### 1.1.2 Les premières versions du décret relatif aux GHT

Cette conception du GHT s'est ainsi retrouvée dans les premières versions du projet de décret relatif aux GHT, qui ont définies des dispositions relativement contraignantes en matière d'intégration des établissements publics de santé dans le cadre de cette nouvelle structure de coopération.

Ainsi, les premiers projets de décret ont repris en les adaptant quelques-unes des dispositions les plus intégratives du rapport Hubert-Martineau, notamment en ce qui concerne les fonctions mutualisées.

Tous, jusqu'à la version définitive du décret relatif aux GHT, posent l'établissement support comme le véritable pivot du GHT devant gérer pour le compte de l'ensemble du groupement un certain nombre de missions et de fonctions. A ce titre, le directeur de l'établissement support préside le Comité Stratégique ainsi que l'instance de représentation des usagers du territoire et siège dans toutes les autres instances. Il détient une autorité sur les professionnels qu'il nomme dans le cadre du GHT: le DIM de territoire et les chefs de pôle inter-établissements. Il y a donc, depuis les premiers projets de décret, un mouvement de centralisation des compétences vers l'établissement support.

Le premier projet de décret du 23 novembre 2015 ainsi que la deuxième version du 9 février 2016 prévoient également que le système d'information convergent est mis en place et géré par une direction du système d'information du GHT, directement placée sous la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle du directeur de l'établissement support. De même pour la fonction achat, le responsable achat de groupement est maintenu dans les deux premières versions du projet de décret. Le DIM de territoire est défini de manière assez détaillé dans tous les projets de décret jusqu'à la version définitive du 27 avril 2016. Il est toujours désigné par le directeur de l'établissement support et détient une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels membres du département territorial de l'information médicale.

Néanmoins, les premiers projets de décret sont également allés plus loin que le rapport Hubert-Martineau sur certaines questions. Par exemple, la première version du projet de décret prévoyait que la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire décrive l'organisation et la localisation géographique des équipes gérant les fonctions mutualisées à titre obligatoire (système d'information, achats, département de l'information médical), ce qui démontre une volonté d'intégration rapide de ces fonctions mutualisées dans le cadre du GHT et dans un fonctionnement plus centralisé.

Ce mouvement d'intégration de la gouvernance et de la gestion du GHT est également illustré par la création obligatoire (à partir de la troisième version du 22 mars 2016) d'une commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique (CSIRMT) de groupement, à laquelle les CSIRMT des établissements parties doivent déléguer des compétences (sans que les textes ne désignent les compétences concernées).

A noter qu'à partir de la troisième version du projet de décret, est également prévue l'instauration d'une Conférence Territoriale de Dialogue Social composée de représentants des Comités Techniques des Etablissements (CTE) parties, ce qui témoigne d'un mouvement de centralisation du dialogue social vers le GHT.

Enfin, il convient de remarquer que dans la version définitive du décret relatif aux GHT (du 27 avril 2016), la convention constitutive doit prévoir les délégations des établissements du groupement vers l'établissement support (ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de ces délégations).

### **1.1.3 La définition d'une fonction-achat unique**

Le caractère intégratif de cette structure de coopération est particulièrement illustré par la mise en œuvre de la fonction achat dans le cadre du GHT.

La fonction achat du GHT est désignée par le rapport Hubert-Martineau comme devant comprendre l'intégralité des "missions de la chaîne achat"<sup>13</sup> (stratégie, passation des marchés, suivi et mise en œuvre, et gestion des approvisionnements) et l'ensemble des segments d'achats.

Le premier projet de décret rajoute, parmi les missions de la fonction achat, "le pilotage de la performance achat, le contrôle de gestion des achats et la sécurisation juridique des marchés"<sup>14</sup>, ce qui tend à démontrer le souhait de confier à la fonction achat du GHT l'ensemble des politiques et actions des établissements concernant les achats.

Jusqu'au troisième projet de décret du 22 mars 2016<sup>15</sup>, la fonction achat du GHT devait être pilotée par un responsable achat de territoire désigné par le directeur de

---

<sup>13</sup>HUBERT, J.; MARTINEAU, F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La Documentation Française, 2016, 51p.

<sup>14</sup> Projet de décret du 23/11/2015 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

<sup>15</sup> Projet de décret du 22/03/2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

l'établissement support et sous sa responsabilité hiérarchique et fonctionnelle. Il devait mettre en place la fonction achat mutualisée et notamment rendre compte au comité stratégique de l'avancée des travaux et élaborer le plan d'action achat de territoire.

Enfin, témoignage du mouvement initial d'assez forte centralisation dans le cadre de la définition du GHT par les textes nationaux, la deuxième version du projet de décret du 9 février 2016 prévoyait explicitement que la fonction achat mutualisée soit mise en œuvre dans le cadre d'un groupement de commande (conformément à la préconisation du rapport Hubert-Martineau).

L'ensemble de ces éléments règlementaires et de doctrine montre une dynamique intégrative et centralisatrice du GHT. Mais cette conception des coopérations hospitalières a pu se heurter aux réalités territoriales et aux craintes des acteurs hospitaliers.

## **1.2 Une conception initiale qui a pu freiner le démarrage du projet**

### **1.2.1 Des réactions et des revendications ont animé le débat sur le GHT au niveau national**

Avant que le décret, ou même que la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), soient définitivement arrêtés, le débat a été vif concernant la mise en œuvre effective des groupements hospitaliers dans les territoires<sup>16</sup>.

Ainsi, au niveau national, il s'est agi de déterminer le périmètre des GHT et les conditions possibles de dérogation, notamment pour les établissements publics de santé mentale (EPSM)<sup>17</sup>. La question était finalement de savoir si la mise en place du GHT permet de préserver l'autonomie des établissements publics de santé, en particulier ceux présentant des spécificités territoriales ou dans l'offre de soins. Les premiers projets de décret définissaient des conditions assez restrictives pour qu'un établissement puisse déroger à l'obligation légale d'adhésion à un GHT au 1er juillet 2016<sup>18</sup>. En accordant, en juin 2016, des dérogations pour une dizaine d'EPSM et en préparant la création de GHT

---

<sup>16</sup> Par exemple : « GHT : la conférence des présidents de CME de CH dénonce certaines 'macrostructures' en projet », dépêche APM du 18/02/2016 ; « GHT : 'laissez faire' les professionnels, sans rentrer dans les détails (Frédéric Boiron) », dépêche APM du 25/03/2016

<sup>17</sup> Par exemple : « GHT : les établissements psychiatriques d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes se positionnent », dépêche APM du 23/02/2016 ; « Le SPH veut organiser la santé mentale autour des communautés psychiatriques de territoire », dépêche APM du 29/03/2016

<sup>18</sup> Projet de décret du 09/02/2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

composé exclusivement d'EPSM, les Agences Régionales de Santé et le ministère ont montré que les cadres nationaux permettaient un certain degré d'adaptation aux spécificités des établissements.

Il en est allé de même dans la variabilité des découpages des différents GHT sur le territoire national, pour lesquels il a été nécessaire de prendre en compte les historiques et les spécificités de chaque territoire et de chaque établissement.

Par exemple dans la région Nouvelle-Aquitaine, le GHT de Charente comprend l'ensemble des EPS du département en dehors de l'EPSM qui a obtenu une dérogation. Il se construit donc sur une base départementale. En revanche, le GHT du Limousin s'organise sur la base territoriale de l'ancienne région limousine.

Au-delà des discussions sur le périmètre du GHT, les revendications, par exemple syndicales<sup>19</sup>, au niveau national ont cherché à donner plus de souplesse et d'adaptabilité au GHT dans sa définition notamment réglementaire. Ceci a par exemple porté sur les fonctions mutualisées et sur les pouvoirs conférés à l'établissement support et son directeur dans le cadre du GHT. Comme développé ci-après (Cf. 1.3), la réglementation nationale concernant le GHT a ainsi évolué pour laisser davantage de souplesse et d'autonomie aux établissements pour leur permettre de mettre en œuvre ce projet.

### **1.2.2 La réaction des acteurs de terrain en Charente: au niveau stratégique**

Ces débats, et les évolutions de la définition nationale du GHT qu'ils ont pu générer, ont ainsi contribué à lever certains blocages tels qu'ils ont pu être observés chez les acteurs hospitaliers publics, comme peut l'illustrer l'exemple de la construction du GHT de Charente.

En effet, en l'absence d'un cadre législatif stabilisé pour le GHT avant la que la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) ne rentre véritablement en vigueur le 26 janvier 2016, aucune réunion préfiguratrice de préparation n'a pu être organisée entre les EPS Charentais.

---

<sup>19</sup>« GHT : Le SMPS réclame une révision du projet de décret autour de 10 points clés », dépêche APM du 25/02/2016 ; « Statut des directeurs d'hôpital : le Syncass CFDT et le SMPS réclament des mesures rapides en vue de la création des GHT », dépêche APM du 08/04/2016

Par ailleurs, le périmètre du GHT de Charente n'a été délimité de manière certaine que peu de temps avant que la convention constitutive n'ait dû être envoyée au directeur général de l'ARS.

Avec l'avancée des travaux concernant le projet de décret, notamment dans ses premières versions, les établissements les plus opposés à l'adhésion au GHT de Charente ont notamment mis en avant leurs craintes quant aux excès de centralisation de la gestion dans le cadre du GHT, et quant aux compétences qu'ils n'assumeraient plus au profit de l'établissement support et de son directeur. De fait, ces établissements n'ont d'abord pas ou peu répondu aux initiatives lancées par le (futur) établissement support pour former un comité stratégique préfigurateur composé des directeurs, des Présidents des Commissions Médicales d'Établissement (PCME) et des Présidents des Commissions de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (PCSIRMT) des EPS de Charente.

Le calendrier législatif et réglementaire initial a également pu donner aux responsables hospitaliers charentais le sentiment d'une réforme contraignante, dont la réalisation inéluctable ne nécessitait pas une implication forte de leur part.

Dans les faits, des réunions préfiguratrices stratégiques ont bien eu lieu notamment pour préparer la convention constitutive. Mais dans les premières rencontres, les propositions de rédaction ont essentiellement émanées du futur établissement support. Les établissements les plus inquiets ou réfractaires ont par ailleurs visé à amender le texte de manière à n'y faire apparaître que les coopérations strictement nécessaires ou obligatoires au titre de la loi ou des projets de décret en cours d'élaboration. De fait, des coopérations pourtant déjà en partie en vigueur ou pouvant être facilement développées dans le cadre du GHT de Charente (éthique, développement durable, traitement des déchets etc.) n'apparaissent pas dans la convention constitutive.

### **1.2.3 La réaction des acteurs de terrain en Charente: la fonction achat**

La préparation de la fonction-achat mutualisée dans le cadre du GHT de Charente illustre bien cette situation attentiste initiale dans la conduite de projet, du fait même d'orientations nationales qui ont pu heurter les conceptions des responsables hospitaliers en matière de coopération sur les achats.

Un des points de blocages principaux entre les directeurs des achats des différents établissements publics de santé de Charente a été la présence, dans le rapport Hubert-Charly MARGERIN - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2016

Martineau puis dans les premiers projets de décret d'application, d'un responsable achat du GHT désigné par le directeur de l'établissement support et sous sa responsabilité hiérarchique et fonctionnelle, illustrant l'importance du niveau de délégation de compétences des établissements vers l'établissement support en matière d'achats.

Bien que les projets de décret ne l'aient jamais précisé, il semble possible de penser qu'un tel responsable des achats du GHT doit être doté a minima d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels intervenant dans la fonction achat du groupement.

De fait, cette situation s'est avérée relativement bloquante puisque favorisant la méfiance des acteurs vis-à-vis de toute initiative du futur établissement support, et du directeur des achats du Centre Hospitalier d'Angoulême, pour initier une démarche de concertation afin de préparer la mise en œuvre de la fonction achat du GHT de Charente.

Les responsables des achats des établissements du GHT de Charente ont finalement attendu, d'une part, l'avancée des travaux du Comité Stratégique préfigurateur, mais, d'autre part et surtout, la publication du décret dans sa version définitive, pour commencer à se réunir et à travailler conjointement.

C'est notamment la disparition de la fonction de "responsable achat", à partir de la troisième version du projet de décret d'application (du 22 mars 2016), qui a facilité l'ouverture du dialogue entre les responsables achat du territoire et permis de relancer la démarche-projet en matière de GHT-achat (Cf. 1.3.3).

### **1.3 Les évolutions de la définition nationale du GHT ont permis d'enclencher les démarches-projets dans les territoires**

Finalement, fort de ces constats de difficile enclenchement de la démarche GHT sur certains territoires, les cadres nationaux ont évolué.

#### **1.3.1 Les contours du GHT définis par la loi**

La loi dispose que l'adhésion à un GHT est obligatoire au 1er juillet 2016 pour tout établissement public de santé (sauf dérogation), que sa convention constitutive doit être approuvée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS), être conforme au Projet Régional de Santé (PRS), et contenir un projet médical partagé, les

éventuels transferts d'autorisations, les éventuelles délégations de compétences et les modalités d'organisation du GHT. Des compétences particulières sont confiées aux DGARS pour assurer la mise en œuvre de ces obligations liées à l'approbation de la convention constitutive et à la création du GHT. Il peut suspendre les crédits des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation d'un EPS qui ne satisfait pas à son obligation d'adhésion à un GHT.

La loi désigne également certaines des instances<sup>20</sup> devant être mises en œuvre pour la gestion du GHT et les fonctions obligatoirement gérées "pour le compte"<sup>21</sup> des établissements parties au groupement par l'établissement support. La loi précise également les activités gérées en commun (imagerie, biologie médicale), ainsi que la nécessité d'un compte et d'une politique qualité communs, et les mécanismes de présentation des EPRD et PGFP dans le cadre du GHT.

Pour autant, malgré la dimension intégrative que présente cette loi, elle laisse aux établissements une ouverture dans les modalités d'organisation des fonctions mutualisées ou gérées en commun. Elle ouvre également la possibilité des développer d'autres politiques et activités communes<sup>22</sup>. Par ailleurs, si certaines associations sont obligatoires, les établissements du GHT peuvent développer à titre facultatif d'autres associations ou partenariats. Les services ou établissements d'Hospitalisation A Domicile (HAD) sont obligatoirement associés aux GHT de leur aire d'activité. Les GHT sont obligatoirement associés à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires. En revanche, à titre facultatif, les EPSM, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire, peuvent également être associés à des GHT de leur ressort territorial d'intervention. Enfin, il est possible que des établissements service médico-sociaux (ESMS) publics soient parties à un GHT, et que des établissements de santé privés en soient partenaires.

Les contours donnés au GHT par la loi laissent donc un certain degré d'ouverture, nécessaire à l'implication des acteurs, leur appropriation de la réforme, et l'enclenchement des démarches-projets.

### **1.3.2 Une stabilisation de la réglementation qui laisse une certaine autonomie et souplesse aux acteurs de terrain**

---

<sup>20</sup> Article L.6132-2.II du Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> Article L.6132-3.I du Code de la Santé Publique

<sup>22</sup> Article L.6132-3.II du Code de la Santé Publique

Par ailleurs, la réglementation d'application de cette loi a finalement évolué vers une conception plus souple de la définition et de la mise en œuvre du GHT.

Ainsi, si une représentation médicale et des usagers au niveau des instances du GHT est posée comme obligatoire par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, la possibilité est laissée aux instances correspondantes des établissements parties de se prononcer en faveur d'une instance du GHT plus intégrée et impliquant des délégations de compétences, ou d'une instance plus souple, n'impliquant aucune délégation à titre obligatoire, et dont la définition de la composition et des compétences relève de la convention constitutive donc des établissements.

Cette possibilité permet d'initier une démarche plus incrémentale et progressive de coopération, ce qui semble adapté notamment dans les territoires où les coopérations sont encore peu intégrées. C'est ce qui peut expliquer que les instances des établissements du GHT de Charente se soient prononcées en faveur d'un collège médical et d'un comité des usagers.

Enfin, si le décret dispose bien que la convention constitutive doit prévoir les délégations faites à l'établissement support<sup>23</sup>, il n'identifie pas précisément les compétences à déléguer ni le délai pour les mettre en œuvre, ce qui permet aux établissements de préserver une certaine souplesse d'organisation.

### **1.3.3 Une dynamique illustrée par la définition de la fonction achat dans le cadre du GHT**

L'évolution de la définition de la fonction achat mutualisée dans le cadre du GHT constitue une assez bonne illustration de ce mouvement d'assouplissement facilitant la conciliation des objectifs nationaux avec le positionnement et les attentes des acteurs locaux.

Ainsi, le statut de "responsable achat" du Groupement Hospitalier de Territoire disparaît du décret d'application. Cette mesure confère aux acteurs locaux beaucoup plus d'autonomie dans la définition de la gouvernance de la fonction achat et dans la répartition des rôles et des compétences.

De même, l'obligation de constituer un groupement de commande de GHT a été supprimée du décret, ce qui permet là aussi de mieux s'approprier la réforme en ne se voyant pas imposer une modalité de coopération sur les achats. Pour autant, la

---

<sup>23</sup> Article R.6132-1 II du Code de la Santé Publique

constitution d'un groupement de commande de GHT semble particulièrement adaptée pour une gestion commune des achats. Mais il pourra être ainsi constitué à l'initiative des acteurs qui adhéreront plus facilement à ce mode de gestion plus intégré et centralisé des achats.

Enfin, la définition de la fonction achat mutualisée est peu détaillée par les textes. Cette situation est certes génératrice d'incertitudes, mais également de plus de souplesse. Les acteurs hospitaliers peuvent ainsi développer plus facilement une fonction achat de GHT adaptée à l'historique de leurs coopérations, à leurs besoins, à la nature de leur territoire. Ils peuvent également mettre en cohérence la fonction achat du GHT avec les objectifs, le fonctionnement et les modalités de gouvernance générales du GHT définies au niveau stratégique.

Si une telle évolution des textes a facilité une implication plus grande des acteurs de terrain, il n'en demeure pas moins que les objectifs nationaux restent intégratifs et que la gouvernance définie conduit les établissements vers plus de centralisation dans le cadre du GHT.

Il convient donc, au niveau de la stratégie générale de construction du GHT comme au niveau opérationnel de mise en œuvre de la fonction achat de groupement, de développer une démarche-projet qui permette d'atteindre ces objectifs tout en favorisant l'implication des acteurs et l'intégration des problématiques locales.

## **2 Conduire le projet GHT en impliquant et en convainquant les acteurs du territoire**

Le cadre national du GHT laisse la possibilité aux acteurs de terrain de s'organiser afin de construire un groupement qui permette d'atteindre les objectifs nationaux, en termes de maillage territorial d'une offre de soins de qualité et d'efficience, tout en préservant les équilibres locaux et en favorisant l'adhésion et l'implication de l'ensemble des acteurs.

Pour ce faire, dans le cadre de la phase de préparation et de création du Groupement Hospitalier de Territoire, le levier essentiel est la démarche-projet, qui doit être participative, collaborative et permettre la concertation la plus large et égale possible. C'est ce qui a été initié pour la mise en place du GHT de Charente et qui a permis une adaptation efficace à la fois aux objectifs et à la définition nationale du GHT, et aux attentes des acteurs notamment en matière de souplesse, de subsidiarité, et de préservation des mécanismes efficaces antérieurs au GHT.

Ceci a été observé tant au niveau du pilotage stratégique (2.1) qu'au niveau de la préparation de la fonction achat mutualisée (2.2) et a permis la préparation efficace du fonctionnement de la gouvernance du GHT de Charente (2.3).

## **2.1 La conduite de projet dans la conception stratégique du GHT: l'efficacité d'une démarche ouverte, souple et participative**

### **2.1.1 Principes généraux de la démarche-projet pouvant être mise en œuvre afin d'articuler les différents impératifs du GHT**

Afin d'atteindre les objectifs induits par la construction du GHT dans les territoires, il est nécessaire de développer une conduite de projet adaptée permettant l'implication de l'ensemble des acteurs concernés afin de favoriser, in fine, leur adhésion.

Pour ce faire, il est préconisé de séquencer la démarche-projet selon quelques étapes<sup>24</sup>:

- 1) Tout d'abord, il est nécessaire de constituer un *groupe-projet* qui soit composé de toutes les parties prenantes, et de permettre à chaque intervenant de développer une participation égale à celles des autres. Au niveau stratégique en Charente, il s'est agi de former un Comité Stratégique préfigurateur composé des directeurs, des PCME et PCSIRMT des établissements parties. Des groupes projets thématiques, notamment sur les fonctions mutualisées dans le cadre du GHT ou faisant l'objet de projets communs, ont également été constitués. Des chefs de projet sont désignés dans chaque groupe ;
- 2) Il convient ensuite de réaliser un *diagnostic partagé* par l'ensemble des acteurs hospitaliers impliqués. Au niveau stratégique et général, ce diagnostic doit porter en premier lieu sur l'analyse de l'offre de santé non seulement des établissements publics de santé parties au GHT, mais également sur l'offre de santé de l'ensemble du territoire c'est-à-dire en incluant les établissements sanitaires privés (qui potentiellement peuvent être partenaires du GHT), les établissements médico-sociaux publics et privés (indispensables à la construction de certaines filières), et l'offre de santé libérale de ville. Mais un diagnostic partagé doit également être réalisé pour l'ensemble des fonctions et activités qui doivent être mutualisées ou

---

<sup>24</sup>SAMSON, I, 1994, *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Broché, 240 p.

gérées en commun dans le cadre du groupement. Il s'agit probablement de la phase la plus importante de la démarche-projet du GHT au niveau stratégique, dans la mesure où elle doit aboutir à une base de discussion validée par l'ensemble des acteurs. Il est donc impératif que tous soient associés et participent à la conduite du projet dès cette phase ;

- 3) Ensuite, il est nécessaire d'élaborer conjointement des réponses efficaces aux problématiques identifiées. Ceci correspond à la phase de *préconisations*. Ces dernières doivent être élaborées par les acteurs de terrain en étroite concertation. Il ne peut être confié au seul établissement support la mission d'élaborer les préconisations, annonciatrices du plan d'action, sans que cela ne sous-tende la construction d'une gouvernance très centralisée qui peut être bloquante pour le projet. Il est nécessaire que les propositions concernant les différentes thématiques (projet médical, projet de soins, fonctions support) soient traitées et mises en cohérence dans le cadre du projet de construction du GHT sur le territoire. Par ailleurs, il est nécessaire de toujours mettre en cohérence les préconisations qui émergent avec les objectifs assignés au GHT au niveau national, que ce soit au niveau des filières médico-soignantes à développer ou des activités à nécessairement mutualiser et gérer en commun;
- 4) La phase de préconisations doit alors aboutir à l'élaboration d'un *plan d'action* (pour chaque thématique), dont le calendrier doit s'inscrire dans les échéances fixées nationalement (par la loi ou le décret). Ce plan d'action doit faire l'objet d'une élaboration et d'une validation conjointe des représentants des différents établissements parties. Il appartient également à ces représentants d'informer les instances de leurs établissements respectifs des orientations prises pour la mise en œuvre du GHT et, le cas échéant, de recueillir leurs avis ou leurs propositions.
- 5) Vient ensuite la nécessaire phase de *conduite et mise en œuvre* du plan d'action arrêté. Cette étape est délicate dans la mesure où elle implique une identification en amont des acteurs qui seront chargés de la conduite d'une ou de plusieurs actions, ainsi que ceux qui seront chargés du contrôle et de la coordination de ces actions. C'est aussi dans cette phase que l'équilibre entre centralisation et décentralisation se détermine pour le GHT: en effet, il semble cohérent de confier à l'établissement support la mission de coordination et de contrôle de l'avancée des travaux et de la mise en œuvre des actions déterminées. En revanche, il est possible que la mise en œuvre de certaines de ces actions puisse être directement confiée à d'autres établissements du groupement: moins

l'établissement support gèrera ou conduira directement ces actions, plus le GHT optera pour un fonctionnement décentralisé et souple. Il convient de trouver l'équilibre permettant l'implication de l'ensemble des acteurs mais également le contrôle de cohérence au niveau central par l'établissement support ;

- 6) La mise en place du GHT s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et donc implique des phases d'*évaluation* régulières. Les instances du GHT, qui sont installées en parallèle de la conduite du projet (Cf. l'exemple du GHT de Charente), doivent réaliser un certain nombre d'évaluations comme le Comité Territorial des élus locaux qui doit évaluer les actions mises en œuvre pour l'accessibilité à des soins de qualité, où le président du collège médical qui doit évaluer l'état d'avancement du projet médical partagé. D'une manière générale, tous les chefs de projet des différentes thématiques doivent régulièrement évaluer leurs actions et en rendre compte au Comité Stratégique.

#### **2.1.2 La démarche-projet du GHT de Charente au niveau stratégique: illustration d'une recherche d'équilibre entre centralisation et décentralisation, national et local**

La construction du GHT de Charente, dans sa première phase, s'est déroulée entre janvier et juin 2016. Il a semblé logique d'anticiper d'emblée que le Centre Hospitalier d'Angoulême serait l'établissement support du futur groupement. C'est donc son directeur et son équipe de direction qui se sont chargés, en majorité, d'initier les travaux et la dynamique de conduite du projet. Pour autant, il s'est avéré initialement complexe de susciter l'adhésion des autres établissements du territoire à la conduite de ce changement.

Il a donc été nécessaire de tenir compte de ce contexte charentais: des coopérations déjà préexistantes au GHT assez nombreuses, mais des acteurs au départ peu enclins à s'engager dans cette réforme et des craintes des établissements de se voir dépossédés au profit de l'établissement support.

Pour respecter les objectifs et le calendrier nationaux tout en permettant l'adhésion des acteurs, une démarche-projet souple, ouverte et participative a été initiée dès la fin du mois de janvier. Elle a consisté:

- Dans un premier temps: à réunir, dès février 2016, les acteurs (médicaux, soignants et dirigeants) afin de développer une lecture commune des textes définissant le GHT, notamment la loi mais également les projets de décret malgré une version définitive qui

n'est parue qu'au 27 avril 2016. L'objectif était d'élaborer conjointement une interprétation commune des textes pour ainsi envisager la mise en œuvre du projet sur le territoire. Cette démarche a notamment permis de montrer à l'ensemble des acteurs qu'il ne s'agissait pas d'imposer sans consultation des acteurs de terrain le cadre national, d'identifier les possibilités d'adaptation au contexte local, et donc de favoriser l'adhésion des acteurs au projet ;

- Il s'est également agi de réaliser un premier état des lieux partagé avec les acteurs des coopérations territoriales: des cartographies des coopérations déjà existantes ont été réalisées (Cf. annexe n°1) et présentées aux acteurs du territoire, que ce soit les coopérations médicales et médicotechniques mais aussi logistiques et en matière d'achats. L'objectif est ici de rappeler l'antériorité des coopérations entre l'ensemble des établissements publics de santé de Charente et de convaincre les acteurs du sens qu'il y a à créer un GHT ensemble. Ce travail de diagnostic partagé préliminaire a également permis d'identifier les coopérations existantes facilement intégrables dans le cadre du GHT, ou bien les thématiques qu'il serait pertinent d'y développer, et de soumettre ces propositions à la concertation. Il a également permis à l'établissement support de montrer qu'il s'inscrivait dans une conception souple du GHT visant à tenir compte des antériorités et des équilibres locaux ;

- Dans un second temps, ont été formés un Comité Stratégique préfigurateur, un collège médical préfigurateur, et une CSIRMT de groupement préfiguratrice: afin de réunir tous les acteurs hospitaliers concernés pour travailler à l'élaboration de la convention constitutive (pour le Comité Stratégique préfigurateur), des objectifs du Projet Médical Partagé (pour le collège médical), aux compétences propres et déléguées et aux prémices du projet de soins (pour la CSIRMT-G).

Le travail sur la convention constitutive, démarré dès mars 2016, a pu s'intensifier dès la parution de la version définitive du décret d'application relatif aux GHT. Dans tous les cas, en particulier pour la rédaction de la convention constitutive, il s'est agi de respecter une méthode qui permette l'égale participation, représentation, et contribution de tous les établissements concernés. Sur la base d'une trame et d'une première proposition élaborée par le directeur du futur établissement support, quatre séances de travail ont été organisées (réunissant les directeurs, les PCME et les PCSIRMT des EPS de Charente) où chaque établissement a été invité à faire part de ses remarques et à compléter ou faire évoluer le texte. La demande de reconnaissance dans la convention constitutive des spécificités de la santé mentale et de coopérations extérieures au territoire du GHT ont notamment été prises en compte. La convention constitutive a ainsi été véritablement

rédigée avec la participation de chaque établissement. Cela a facilité l'adhésion des dirigeants médicaux, soignants et gestionnaires, ce qui a permis également une approbation de la convention constitutive et du Projet Médical Partagé par la majorité des instances et notamment des conseils de surveillance.

C'est donc par une démarche-projet souple et ouverte, démontrant une conception décentralisée du GHT et respectant le principe de subsidiarité, que le projet GHT a pu avancer en Charente et aboutir à la signature de la convention constitutive (comprenant les objectifs du PMP) dans les délais légaux. La convention constitutive du GHT de Charente a ainsi été approuvée par le directeur général de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine le 27 août 2016.

## **2.2 La construction de la fonction achat dans le cadre du GHT de Charente: s'appuyer sur des cadres nationaux pour développer une démarche participative et respecter la subsidiarité**

Le groupe-projet concernant la fonction achat du GHT de Charente, auquel il a été possible de participer dans le cadre du stage de direction au Centre Hospitalier d'Angoulême, illustre également qu'une démarche-projet adaptée et concertée permet d'articuler efficacement national et local ainsi que centralisation et décentralisation.

La première réunion du groupe de travail des directeurs des achats des différents établissements de Charente a eu lieu le 26 mai 2016. Cette rencontre a été l'occasion de définir de manière commune et concertée la fonction achat dans le cadre du GHT de Charente, mais également une démarche-projet annonciatrice des modalités de gouvernance et de répartition des compétences au sein du GHT.

### **2.2.1 La définition commune du périmètre de la fonction achat mutualisée**

Pour la définition de la fonction achat du GHT de Charente, les acteurs se sont appuyés, comme point de départ, sur le cadrage national de la fonction achat dans le GHT. Ce cadrage implique une conception large des compétences achat mutualisées (dans la continuité du rapport Hubert-Martineau):

- La politique et les stratégies d'achat dans tous les domaines, en investissement et en exploitation

- La planification et la passation des marchés
- Le contrôle de gestion des achats
- Les approvisionnements (en dehors des produits pharmaceutiques)

Puis les responsables achats ont abouti à un point d'accord sur la définition des différentes composantes de la fonction achat mutualisée:

- ✓ La politique et les stratégies d'achat :
  - Il s'agit de définir et de formaliser, de manière concertée, les grandes orientations du GHT en matière d'achat
    - ✓ Formaliser des règles et objectifs communs
    - ✓ Préparer l'harmonisation des pratiques et la mise en commun de moyens
  - L'objectif est d'obtenir les meilleures conditions coûts-qualité-délais du marché fournisseur
  
- ✓ La planification et la passation des marchés englobent l'ensemble de la fonction achat:
  - Il s'agit de définir le(s) besoin(s) des EPS membres du GHT et de s'organiser pour y répondre au mieux
  - De définir les critères d'attribution des marchés et leur pondération
  - De choisir le type de procédure, la forme du prix, le type de marché
  - De notifier et de suivre l'exécution du marché
  - D'assurer la sécurité juridique des marchés
  
- ✓ Le contrôle de gestion des achats consiste à:
  - Mesurer et suivre la performance des achats des établissements membres dans le cadre du GHT
  - Maitriser des coûts et l'ingénierie financière
  - Mettre en place et optimiser des outils communs de suivi, d'évaluation et de reporting
  - Gagner de la valeur sur les processus achat
  
- ✓ Les approvisionnements se définissent par :
  - L'élaboration et la transmission des bons de commande aux fournisseurs

- Le suivi et le contrôle des délais de livraison
- Le contrôle de la conformité aux engagements du marché
- La gestion et le suivi des dossiers fournisseurs et des marchés

Les responsables achats des EPS de Charente s'étant ainsi mis d'accord sur les définitions de base, une discussion a alors pu être engagée sur les objectifs, les modalités d'organisation de la fonction achat commune, et des premières pistes de coopérations ont pu être identifiées.

### **2.2.2 L'élaboration conjointe des objectifs et l'identification de premières pistes de coopérations**

Les acteurs ainsi rassemblés se sont fortement appuyés sur les orientations nationales (notamment le vade-mecum de la DGOS<sup>25</sup>) pour définir les objectifs de la fonction achat mutualisée, ce qui illustre bien le fait la démarche adoptée, participative et concertée, favorise l'adhésion des acteurs locaux au cadre national. Les objectifs retenus sont les suivants :

- ✓ L'harmonisation des équipements et services au profit du projet médical;
- ✓ L'harmonisation des méthodes par l'élaboration d'un référentiel des procédures métiers de l'achat unique pour tout le GHT;
- ✓ Une couverture de tous les domaines d'achats en exploitation et en investissement;
- ✓ La mutualisation de la politique d'achat (dont les stratégies de recours aux opérateurs d'achats mutualisés, locaux ou nationaux);
- ✓ Un Plan d'Action Achat de Territoire unique au niveau du GHT;
- ✓ La mutualisation des compétences rares (contrôle de gestion achat, sécurité juridique, méthodes, SI-achats etc.)
- ✓ La mutualisation des outils SI-achats (reporting, planification, publication des procédures, dématérialisation des processus, GED...)
- ✓ Une gestion commune des approvisionnements, pouvantconcerner les bons de commande

---

<sup>25</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *GHT Mode d'emploi : vade-mecum*, mai 2016, 74 p.

- ✓ La répartition des missions entre établissements, en fonction notamment des expertises détenues par chaque établissement.

Par ailleurs, un certain nombre de pistes d'harmonisation et de convergence de marchés ont pu être évoqués, dans une optique de rapprochement progressif qui ne bouscule pas l'ordre existant ni les fonctionnements actuels des établissements trop rapidement.

Ont notamment été évoqués les segments d'achat suivants: les fluides médicaux, la biologie de territoire, les produits pharmaceutiques, les équipements biomédicaux, la gestion des déchets, les produits d'incontinence, les véhicules, les produits d'entretien et le segment de l'alimentaire.

Pour autant, si tous les acteurs ont adhéré aux objectifs présentés et contribué à leur délimitation, des incertitudes importantes ont été laissées en suspens.

Il s'agit notamment des implications organisationnelles et de gouvernance et des délégations de compétences au niveau de l'établissement support.

L'ensemble des directeurs achat présents se sont accordés sur le fait qu'il ne s'agit pas de construire une fonction achat centralisée par principe, mais bien d'identifier les segments et les domaines pour lesquels une mutualisation et une gestion commune peuvent s'avérer plus efficaces. Il a été ainsi convenu en parallèle de préserver les petits marchés locaux lorsqu'ils donnent satisfaction, afin de satisfaire également à la mission de préservation et de développement du tissu économique local.

Cette première rencontre s'est fondée sur la participation égale et la collaboration de tous les établissements aux définitions communes et à la définition des premiers constats et objectifs. Ceci a favorisé l'adhésion des acteurs. En conséquence, une telle approche doit se retrouver dans la définition de la démarche-projet et dans la gouvernance notamment au travers d'une redistribution des compétences de l'établissement support vers les autres établissements afin que tous concourent à l'ensemble de la fonction achat du groupement. La collégialité semble ainsi devoir constituer la norme en matière de prise de décision stratégique au niveau des achats.

Le groupe a donc également convenu que soit maintenues les fonctions et activités qu'il s'avère pertinent de gérer et de mettre en œuvre au niveau local et décentralisé. C'est par exemple le cas de la gestion des approvisionnements, et notamment de la gestion des bons de commande. Il a semblé en effet peu efficace, en particulier compte-tenu des effectifs de l'établissement support, qu'il soit confié à ce dernier l'émission de l'ensemble des bons de commande du groupement.

### 2.2.3 La définition conjointe de la démarche-projet à poursuivre

Les responsables achat des établissements du GHT de Charente ce sont finalement constitués en groupe-projet et ont désigné le directeur des achats du Centre Hospitalier d'Angoulême comme le chef du projet relatif à la construction de la fonction achat du GHT. Le groupe-projet a ainsi élaboré et validé une démarche-projet, avec comme premier objectif l'élaboration du plan d'action achat de territoire (PAAT) au 1er janvier 2017, mais également l'organisation de l'implication de tous les professionnels des fonctions achats des établissements membres et la prise en compte de leurs spécificités.

Il a été décidé d'insister sur l'étape d'état des lieux et de diagnostic des fonctions achats du territoire, en s'inspirant de la méthodologie du programme PHARE.

Ainsi, la première phase de la démarche-projet relative aux achats du GHT telle que l'ont définie conjointement les directeurs achat des établissements de Charente va jusqu'à l'élaboration du Plan d'Action Achat de Territoire (PAAT) et se décompose de la façon suivante :

- 1) Dans un premier temps, il a été décidé de confier à l'élève directeur en stage au sein du Centre Hospitalier d'Angoulême la réalisation d'un pré-diagnostic partagé des fonctions achat de l'ensemble des établissements membres du GHT et de proposer des premières pistes d'actions. L'objectif fixé est ainsi d'aboutir à une première base de discussion commune validée par l'ensemble des établissements, de valider les premières décisions en matière d'organisation de la fonction achat de territoire, d'identifier les principaux segments d'achat à mutualiser, et de contribuer à la préparation de la convergence progressive des marchés. La méthodologie de cet audit de pré-diagnostic doit également avoir pour objectif d'illustrer l'engagement pris par l'établissement support de prendre en compte les problématiques de l'ensemble des établissements membres et de permettre à chacun d'exprimer son point de vue et de participer à la définition de la stratégie commune, au travers d'une démarche-projet participative. C'est pourquoi la méthode de ce pré-diagnostic s'est fondée sur le recueil des données chiffrées de chaque établissement (budget achats, répartition des achats par type de produit), mais aussi par la rencontre, au sein de leur établissement, de chaque responsable achat pour échanger dans le cadre d'un entretien semi-directif (Cf. la trame de questionnaire en annexe n°3) sur l'organisation de leur fonction achat et recueillir leurs propositions pour organiser le GHT achat. Ce travail de pré-

diagnostic a permis d'aboutir à une première base de discussion et à la validation de premiers points d'accord (Cf. partie 3.2.2), que le groupe-projet avait d'emblée décidé de compléter par le recours à un consultant extérieur (Cf. 2.3) ;

- 2) En effet, en parallèle de ce travail de pré-diagnostic qui a eu lieu entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 25 août (date de la restitution), le groupe-projet a répondu à l'appel à candidature de la DGOS relatif à un accompagnement pour l'élaboration du PAAT. Faisant valoir notamment l'antériorité des coopérations entre les établissements de Charente en matière d'achat et l'inscription, dès le mois de mai 2016, dans l'élaboration d'une démarche-projet, le GHT de Charente a pu être retenu pour cet accompagnement, permettant de compléter le pré-diagnostic réalisé, d'apporter un appui méthodologique et une aide dans la coordination des acteurs. Le recours à un tiers permet également de faciliter l'accord de l'ensemble des établissements sur diagnostic constituant le point de départ essentiel de toute démarche-projet (Cf. infra) ;
- 3) La dynamique de collaboration, notamment avec les prescripteurs, étant essentielle en matière d'achats<sup>26</sup>, le groupe-projet, avant même l'intervention du consultant, a prévu une phase de consultation des professionnels-métiers des différents segments d'achat ;
- 4) Puis le PAAT doit être présenté pour validation définitive au Comité Stratégique du GHT, pour un démarrage de sa mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- 5) Conformément aux recommandations de la DGOS dans son vademecum, le groupe a également prévu dans sa démarche projet la mise en place d'un référentiel achat unique pour juillet 2017 et une convergence des marchés pour fin 2020.

Le calendrier de cette démarche-projet est joint en annexe n°2.

### **2.3 La démarche-projet: annonciatrice de la gouvernance du GHT**

Finalement, l'ensemble de cette (ces) démarche-projet, parce qu'elle est participative et favorise la concertation, permet la définition de points d'accord et de consensus entre

---

<sup>26</sup>POISSONNIER, H., 2012, *Les achats collaboratifs*, de boeck, 210 p.

l'ensemble des établissements parties. Elle permet également à l'établissement support de se positionner en faveur d'une conception souple du Groupement Hospitalier de Territoire de Charente, et ainsi de susciter l'adhésion de ses partenaires. Ceci s'illustre également dans les modalités de gouvernance définies dans le cadre de la convention constitutive du GHT et qui sont finalement une forme de concrétisation des principes ayant animé la démarche projet.

Ainsi, à titre de d'exemple, lorsque le décret laissait la possibilité aux instances correspondantes des établissements parties d'opter pour une conception plus souple ou plus intégrée des instances du GHT, la nature de la démarche-projet portée par les groupes préfigurateurs a favorisé le choix d'une part pour un collège médical, n'impliquant pas de délégations obligatoires de compétences des CME des établissements parties, d'autre part pour un Comité des Usagers, permettant lui aussi un plus grand degré de décentralisation et de maintien de compétences au niveau des établissements.

De la même manière, la convention constitutive du GHT de Charente, prenant acte que les seules délégations obligatoires sont celles des CSIRMT vers la CSIRMT de groupement et s'appuyant sur les travaux de la CSIRMT préfiguratrice de groupement, ne fait apparaître que la délégation d'une seule compétence (l'innovation et la recherche). Ceci démontre que, conformément à la démarche-projet développée, la construction du GHT de Charente s'inscrit dans une démarche incrémentale, progressive, ouverte, participative, en s'appuyant sur le degré de maturité des acteurs en matières de coopération et en favorisant le développement d'une organisation décentralisée et l'adhésion des acteurs.

### **3 Adapter la conduite du projet GHT à ses zones d'incertitudes: éléments de prospective**

Néanmoins, la majorité des projets génèrent également de manière intrinsèque des « zones d'incertitudes », c'est-à-dire des questions auxquelles des réponses immédiates et précises ne peuvent pas nécessairement être apportées. Ces incertitudes peuvent s'avérer déstabilisantes pour la conduite de projet, mais elles constituent également, comme a pu le démontrer Michel Crozier<sup>27</sup>, de potentielles marges d'autonomie pour les acteurs lorsqu'ils sont en mesure de se saisir de ces espaces.

---

<sup>27</sup>CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Points Essais, 500 p.

Il importe ici de définir quelles sont les principales zones d'incertitudes du projet GHT et les perspectives qu'il est possible de déduire des éléments d'information actuels. Il sera ici montré qu'elles concernent notamment la problématique de l'équilibre entre objectifs nationaux et fonctionnements locaux. L'exemple du GHT de Charente et notamment de sa fonction achat permettra d'étayer cette thèse. Il s'agira ensuite d'étudier les impacts de ces incertitudes tant sur la conduite de projet que sur le management et la mobilisation des équipes en interne.

### **3.1 Des incertitudes concernant les suites de la mise en œuvre du GHT, notamment au niveau des achats**

Il s'agit ici d'évoquer en particulier la définition des délégations de compétences des établissements du GHT vers l'établissement support, qui est une question qui n'est pas tranchée au niveau national et concerne aussi bien le niveau stratégique que la fonction achat du GHT. En fonction du niveau de délégation exigible, la gouvernance et le fonctionnement du GHT sera en effet potentiellement très différent. Des délégations importantes impliqueront ainsi davantage d'intégration et de centralisation de la gestion et des compétences. Il s'agit alors d'articuler la nature de la gouvernance et de l'organisation du GHT telle que l'a impulsée la démarche-projet initiale avec l'évolution des cadres.

#### **3.1.1 Le niveau stratégique du GHT**

Au niveau stratégique, et en particulier en ce qui concerne les délégations, il importe de rappeler que le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire dispose que la convention constitutive doit définir les délégations de compétences des établissements vers l'établissements support, leur durée et leurs modalités de contrôle<sup>28</sup>.

Néanmoins, aucune précision n'est donnée quant aux compétences à obligatoirement déléguer ni sur leurs modalités de gestion par l'établissement support.

L'incertitude repose en réalité sur le fait que la définition de la notion de gestion par l'établissement support « **pour le compte des établissements parties** »<sup>29</sup> n'a pas été encore clairement posée. La DGOS a ainsi interrogé le Conseil d'Etat sur cette question afin notamment de savoir si, du fait même de la loi, la signature de la convention constitutive implique de facto une délégation de compétences des établissements membres à l'établissement support pour les activités mentionnées à l'article L.6132-3 du

---

<sup>28</sup> Article R.6132-1-II du Code de la Santé Publique

<sup>29</sup> Article L.6132-3-I du Code de la Santé Publique

Code de la santé publique. Il s'agit également de savoir si des re-délégations de l'établissement support vers les autres établissements non-support sont possibles.

L'avis du Conseil d'Etat sur cette notion juridique de « gestion pour le compte des établissements parties » par l'établissement support est donc essentiel pour la définition du cadre de la gouvernance et de la répartition des compétences entre établissements d'un groupement hospitalier de territoire. Celles-ci pourront être conçues comme beaucoup plus intégrées et centralisées en considérant que cette notion implique une délégation de gestion à l'établissement support, sans re-délégation possible. Ou au contraire, le maintien d'une certaine souplesse de gouvernance et de subsidiarité de gestion. Au jour de la rédaction de cette étude, l'avis du Conseil d'Etat n'était pas encore paru.

Cette situation est donc génératrice d'une zone d'incertitude pour les acteurs, puisque la définition de la stratégie du GHT peut s'en trouver profondément modifiée. Il s'agit notamment de savoir si l'équilibre national/local et centralisation/subsidiarité va pouvoir être respecté tel qu'il a été défini initialement, et tel que l'ont conçu les acteurs sur leur territoire e dans le cadre de leurs démarche-projet. Dans le cas par exemple du GHT de Charente, où la démarche, la stratégie et les prémisses de gouvernance ont été résolument posées comme participatives et souples, il s'agira d'évaluer la compatibilité de cette approche avec l'éventuelle précision des orientations nationales du GHT.

Par ailleurs, cette incertitude est également financière, notamment s'il est posé que, pour les fonctions désignées par la loi, c'est l'établissement support qui est en charge directement de la gestion des activités. Il s'agit alors de savoir comment cette gestion directe pour le compte des établissements parties est financée. Or, l'arrêté relatif au fonctionnement du **budget annexe** et à la clé de répartition des charges entre les établissements d'un GHT, qui dépend lui aussi largement du niveau d'intégration souhaité pour le GHT, n'est pas encore paru.

Par ailleurs, toujours au niveau stratégique, des interrogations subsistent concernant les établissements associés et donc le projet médical du GHT. La notion d' « établissement associé » reste encore à préciser, et notamment les modalités de l'association des EPSM dans le cadre des communautés psychiatrique de territoire, dont le décret d'application n'est pas encore paru. Ceci intéresse particulièrement le GHT de Charente, puisque l'EPSM Camille Claudel a obtenu une dérogation à l'adhésion obligatoire à un GHT. Or, il est un partenaire incontournable sur le territoire pour la prise en charge et le parcours des patients en santé mentale.

Se pose enfin la question de la cohabitation du GHT avec d'autres structures de coopération préexistantes, comme par exemple les Groupements de Coopération Sanitaire.

Ainsi, sur le territoire de Charente, il est prévu de réviser la convention constitutive du GCS 16 (dont tous les EPS de Charente sont membres) de manière à tenir compte de la création du GHT de Charente. De fait, de nombreuses missions attribuées auparavant au GCS 16 (DIM de territoire, biomédical, centres de périnatalités, télé-imagerie, coordination médicale notamment) seront désormais gérées dans le cadre des mutualisations et du projet médical partagé du GHT. De fait, le GCS 16 devrait se voir progressivement cantonné à la gestion de l'activité de blanchisserie et de laboratoire (qui à terme devraient également intégrer le GHT). Or, l'EPSM du territoire est lui aussi membre du GCS 16, notamment pour la blanchisserie et le laboratoire, et ne souhaite pas que cette structure de coopération ne vienne à disparaître. En effet, il serait alors amené, pour les fonctions support, à contractualiser avec l'établissement support du GHT. Etant déjà, potentiellement, associé au projet médical partagé, il serait de fait dans une situation d'établissement quasi-partie du GHT.

L'ensemble de ces zones d'incertitudes impactent la conduite du projet GHT en Charente (Cf. infra) et interrogent sur l'équilibre qui pourra être trouvé entre orientations nationales et mobilisations locales, entre souplesse et intégration. La précision du cadre national s'avère nécessaire pour pouvoir se situer au-delà de ces premiers éléments de prospective.

### **3.1.2 Les incertitudes concernant la fonction achat du GHT**

La structuration de la fonction achat dans le cadre du GHT reflète particulièrement ce niveau d'incertitude. Les responsables achat des établissements de Charente sont favorables à une démarche souple et progressive de la mutualisation de la fonction achat dans le cadre du GHT.

Or, la DGOS a d'ores et déjà présenté, en juin 2016, aux responsables achats de l'ex-Poitou-Charente, une conception assez intégrative de la fonction achat, avec notamment l'établissement d'une cartographie prévisionnelle des segments d'achats devant être recommandés soit au niveau national via des centrales d'achat (UGAP, UniHA, Résah) ou via des groupements d'achats régionaux.

A titre d'exemple, il est recommandé par la DGOS de recourir aux centrales d'achat pour :

- Le matériel informatique
- Le papier

- Les solutions d'impression
- Les fournitures de bureau
- Les véhicules
- Les équipements de laboratoire
- Les assurances
- Les équipements biomédicaux
- Les équipements logistiques et hôteliers

De même, il est préconisé de passer par des groupements de commandes régionaux pour :

- Certains médicaments
- Les dispositifs médicaux
- Les produits d'incontinence
- Le linge
- L'alimentaire (une partie pouvant relever du niveau national)
- Les produits d'entretien
- Les fournitures d'atelier
- Les consommables de laboratoire
- Les déchets

Les contours de cette cartographie des achats sont encore à valider et stabiliser. Néanmoins, il semble que le respect de ces recommandations (voire de ces obligations) par les GHT devra être contrôlé par les ARS, au même titre que les gains sur achat obtenus par les GHT.

Ce cadrage clair du niveau national, bien qu'il ne soit pas officiellement acté au moment de la rédaction du présent mémoire, interroge nécessairement les acteurs et est générateur de zones d'incertitude. En effet, tel que conçue initialement par exemple par les acteurs de Charente, la fonction achat du GHT doit s'organiser de manière à ce que chaque établissement conserve certaines prérogatives, que les équilibres locaux soient préservés, dans le cadre d'une démarche progressive et participative où la convergence de chaque segment est discutée et organisée, ce qui doit notamment se traduire dans l'élaboration du Plan d'Action Achat de Territoire.

Ainsi, il est prévu par le décret du 27 avril 2016 qu'un plan d'action achat de territoire (PAAT) soit rédigé et acté dans chaque GHT pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Ce plan d'action doit notamment permettre l'identification des segments d'achat devant converger et selon quelles modalités et échéances. Néanmoins, si une majorité des achats doit se réaliser via des centrales nationales ou des groupements régionaux, les PAAT devront

nécessairement intégrer ces dimensions, ce qui laisse de facto aux établissements d'un GHT moins de marge de manœuvre dans la définition de leur PAAT.

C'est finalement le degré d'autonomie laissé aux établissements et aux GHT en matière d'achat qu'il importe de clarifier. En effet, la cartographie de la DGOS ne précise pas quels sont les segments d'achats qui passeront à l'échelle du GHT, ce qui s'avère relativement problématique dans la mesure où le vade-mecum de la même DGOS préconise que le GHT se constitue en groupement de commande (local). Cette situation implique une interrogation sur le degré d'autonomie des établissements parties du GHT dans la définition de la stratégie et de la politique achat du GHT. Il importera alors pour les établissements de démontrer la pertinence de l'échelon GHT pour la réalisation de gains sur achat, en particulier pour les segments qui lui seront alloués.

Cela conduit également à interroger l'évolution du métier d'acheteur hospitalier et le degré d'indépendance dont il bénéficie vis-à-vis d'exigences nationales qui, afin de permettre des gains sur achat indubitables, préconisent une plus grande centralisation dans la gestion de la fonction achat. Dans le contexte décrit, il conviendra de déterminer des modalités d'organisation permettant à chaque acheteur de conserver de l'autonomie et des prérogatives décisionnelles, afin de préserver l'intérêt pour le pilotage de la fonction achat.

Par ailleurs, autre illustration de la difficulté potentielle relative à la conciliation des orientations nationales avec les équilibres locaux, il convient de rappeler que les établissements publics de santé ont une mission de soutien et d'aide au développement du tissu économique local, ce qui s'avère particulièrement important dans des territoires ruraux comme la Charente. Or, le passage de nombreux segments d'achats au niveau national ou régional implique une concentration de l'offre et une exclusion potentielle des petits entrepreneurs locaux de certains marchés. Il s'agit alors de savoir comment, dans le cadre du GHT, les EPS parviennent à maintenir leur rôle de soutien à l'économie d'un territoire tandis que dans un objectif d'efficience, il convient de recourir davantage aux opérateurs nationaux et régionaux en regroupant les commandes et en mutualisant les achats.

Enfin, les incertitudes sont également liées à la nécessité de mettre en cohérence la construction de la fonction achat du GHT avec d'autres projets, comme c'est le cas par exemple du système d'information convergent. En effet, afin de développer une gestion des achats et un contrôle de gestion des achats plus efficaces, il importe comme le

préconise le guide méthodologique du ministère<sup>30</sup> de mettre en place une gestion économique et financière (GEF) unique, ce qui implique finalement la construction d'un système d'information achat commun. La fonction achat évolue ainsi également avec la construction du système d'information du GHT. Or, en Charente, plusieurs établissements ayant récemment investi dans de nouveaux systèmes d'information et de GEF sont peu enclins à les changer à nouveau, ce qui génère des blocages qui peuvent se répercuter sur l'avancée des travaux sur la fonction achat.

Il convient alors de poursuivre, comme c'est par exemple le cas pour la fonction achat du GHT de Charente, une démarche-projet et une organisation qui tiennent compte de ces évolutions. Ces dernières n'empêchent pas, néanmoins, la définition d'une gouvernance et de modes de gestion souples et participatifs (Cf.infra).

## **3.2 Impacts de ces incertitudes sur la démarche-projet du GHT**

Ces zones d'incertitudes impactent nécessairement la démarche-projet du GHT, comme cela a pu être observé dans le cadre du GHT de Charente, que ce soit au niveau stratégique ou bien opérationnel (dans le cas de la fonction achat).

### **3.2.1 L'adhésion des acteurs au niveau stratégique à la convention constitutive peut être remise en cause si elle évolue vers plus d'intégration**

Au niveau de la stratégie générale relative à la construction du Groupement Hospitalier de Territoire de Charente, le choix a été fait de développer une démarche résolument participative, laissant à chaque établissement la possibilité d'exprimer son positionnement et en recherchant le consensus pour la prise de décision.

Cette démarche et ce positionnement stratégique, impulsés notamment par l'établissement support du GHT de Charente qu'est le Centre Hospitalier d'Angoulême, a suscité l'adhésion de l'ensemble des acteurs car, en étant impliqué et en participant activement à la construction de ce projet, les établissements ont pu s'approprier la démarche et réduire ainsi leurs incertitudes en étant actifs et donc en ne subissant pas les évolutions.

---

<sup>30</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *Guide méthodologique pour la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, 2016, 150 p.

Par ailleurs, il a été constaté que les acteurs (les dirigeants des établissements parties et notamment les directeurs, les PCME et les PCSIRMT) adhèrent à cette démarche-projet participative d'autant plus qu'elle est annonciatrice d'une gouvernance permettant le maintien d'une certaine autonomie, d'une forme de subsidiarité et de décentralisation qui ont été formalisées dans la convention constitutive transmise au directeur général de l'ARS le 30 juin 2016.

Par ailleurs, si l'établissement-support s'est d'emblée positionné comme à l'impulsion du projet, comme première force de proposition, d'animation et d'organisation (notamment des réunions de concertation et des instances préfiguratrices), il n'a en revanche à aucun moment revendiqué de délégations de compétences ou la détermination d'une gouvernance impliquant d'autres responsabilités hiérarchiques ou fonctionnelles que celles prévues par les textes.

Cette prudence a très certainement permis de faciliter la confiance et l'adhésion des autres établissements, y compris ceux qui étaient au départ les plus réticents. A titre d'exemple, l'EPSM du territoire, bien qu'ayant sollicité une dérogation qu'il a finalement obtenu, s'est progressivement impliqué dans les groupes de travail préfigurateurs, en raison notamment du positionnement clair de l'établissement support de reconnaissance des spécificités des soins en psychiatrie et en santé mentale dans le cadre de la construction du GHT.

Or, cette situation de relatif consensus et d'adhésion des acteurs est également dépendante de la zone d'incertitude laissée par les textes concernant notamment le rôle, les missions et les pouvoirs de l'établissement support et de son directeur, en particulier la reconnaissance ou non de son autorité (hiérarchique ou fonctionnelle) sur les responsables du GHT et les professionnels des autres établissements pour ce qui concerne les fonctions qu'il gère pour le compte de l'ensemble du groupement.

En Charente, c'est en partie parce que cette question n'a pas été abordée (en l'absence de textes clairs sur ce point) que la participation des acteurs à la démarche a pu être possible.

Or, le décret du 27 avril 2016 dispose bien que les délégations de compétences à l'établissement support doivent être formalisées (bien que les compétences à déléguer ne soient pas précisément mentionnées). Le GHT de Charente a souhaité repousser cette difficulté précisément dans l'attente de textes ou de directives plus précis concernant le rôle de l'établissement support du GHT. Sa convention constitutive prévoit ainsi que les délégations seront précisées par avenant, dans un délai de six mois suivant l'approbation de la convention par le directeur général de l'ARS.

Pour autant, il semble nécessaire d'anticiper cette évolution qui peut générer des réticences des établissements parties et un ralentissement de la démarche-projet. En effet, au regard par exemple de la construction de la fonction achat du GHT (Cf. supra), il semble indispensable que des responsables uniques des fonctions mutualisées du GHT soient identifiés. Par ailleurs, afin de mettre en cohérence l'ensemble des projets de mutualisation entre eux (SI, achats, DIM, RH etc.) mais également avec le projet médical et le projet de soins partagés, il apparaît indispensable qu'une coordination centrale assurée par l'établissement support soit installée. Afin d'assurer l'efficacité du projet, il semble nécessaire d'envisager que les responsables des fonctions communes du GHT n'appartiennent pas tous à l'établissement support, mais soit en tout cas désigné par le directeur de l'établissement support et sous son autorité fonctionnelle.

Cette évolution est d'ores et déjà celle que connaît la démarche-projet du GHT de Charente, puisque des groupes de travail thématiques (SI, qualité, achats, RH, projet de soins, projet médical, hygiène de territoire, DIM de territoire) ont été constitués à l'initiative de l'établissement support. Chaque groupe est animé par un responsable qui n'est pas nécessairement un professionnel de l'établissement support (ce qui est le cas notamment du groupe de travail sur le système d'information et de celui sur le compte qualité). En revanche, une synthèse des réunions doit être transmise à l'établissement support (au même titre qu'à l'ensemble des établissements) qui assure la coordination du travail de ces groupes et la mise en cohérence de leurs propositions.

Aussi, dans le cadre de la construction continue et de l'évolution de la démarche-projet du GHT, il est nécessaire d'anticiper la possibilité que des blocages puissent resurgir de la part des établissements non-support, parce que, quelle que soit les précisions qu'apporteront les textes ultérieurs concernant l'établissement support, il semble indispensable que le Centre Hospitalier d'Angoulême s'affirme et soit reconnu comme délégataire de certaines compétences actuellement détenues par l'ensemble des établissements publics de santé autonomes.

Là encore, pour permettre une dialectique efficace entre une évolution vers un modèle plus intégré et le maintien d'un fonctionnement décentralisé et subsidiaire, il s'agit de susciter la participation des acteurs au travers d'une démarche-projet adaptée. Dans le cadre de la deuxième phase du projet GHT (dès septembre 2016), il semble opportun de s'appuyer sur la mise en place des instances du groupement et la définition de leur fonctionnement de manière à permettre l'expression de chaque établissement, de

manière égalitaire, et la participation effective à la prise de décision, dans le cadre d'une gouvernance partagée favorisant l'adhésion des acteurs aux décisions prises.

### **3.2.2 Une démarche-projet du GHT achat aboutissant à des points de consensus sans que les marchés à faire converger ne soient encore clairement identifiés**

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs nationaux au niveau du GHT de Charente tout en permettant aux différents établissements de participer à la démarche de construction du GHT achat et de faire valoir leurs problématiques locales, un audit de pré-diagnostic des fonctions achats des différents établissements a été réalisé entre le 20 juin et le 15 juillet 2016 par l'élève directeur d'hôpital alors en stage de direction au Centre Hospitalier d'Angoulême (Cf. supra).

Les objectifs de cette démarche sont, d'une part, d'illustrer l'engagement pris par l'établissement support d'intégrer les autres établissements à la démarche-projet et de comprendre leurs spécificités et leurs stratégies propres afin d'en tenir compte dans les modalités de mutualisation et de gouvernance de la fonction achat du GHT.

D'autre part, il s'est agi d'identifier les segments d'achats constituant les principaux postes de dépense pour chaque établissement et d'identifier les éventuelles similitudes permettant ainsi de préparer l'élaboration d'une cartographie des achats du groupement plus fine (qui sera élaborée dans un second temps avec l'aide d'un prestataire extérieur – Cf. infra).

Pour ce faire, il a été demandé à chaque établissement de fournir leur « palmarès fournisseurs » classant par ordre décroissant les principales dépenses d'achats par montant et par type de produit.

Ensuite, des entretiens semi-directifs, organisés selon la grille d'entretien jointe en annexe (Cf. annexe n°3) ont eu lieu entre l'élève directeur et les responsables achats de chaque établissement (directeurs des achats et, le cas échéant, attachés d'administration ou adjoint des cadres en charge des achats).

Les principaux résultats de cet audit de pré-diagnostic sont les suivants :

- Le total des dépenses d'achat de l'ensemble des établissements du GHT de Charente représente environ 100 millions€/an.
- Les principaux segments d'achats/marchés identifiés pour l'ensemble de ces établissements sont:
  - Les dépenses de Pharmacie à Usage Intérieur (15 à 40% des budgets achats)

- Les travaux
- L'alimentaire/la restauration
- Les dépenses de laboratoire
- La fonction linge
- Les équipements biomédicaux (surtout pour les établissements ayant des activités d'imagerie et d'hémodialyse)
- L'énergie et les fluides
- Les transports
- Les assurances
- Les produits d'incontinence
- La gestion des déchets

A ces postes de dépenses, il convient d'ajouter le matériel informatique ainsi que tous les frais de maintenance, sur lesquels il semble possible de réaliser des gains sur achat dans le cadre du GHT.

➤ Autres similitudes identifiées par le pré-diagnostic :

- Une liaison étroite avec les fournisseurs (notamment locaux)
- Des durées de marchés assez courtes (1 à 4 ans)
- Beaucoup de marchés arrivent à échéance en 2017-2018 et pourront donc converger
- Une majorité de lits relèvent du secteur médico-social (ce qui est important notamment en ce qui concerne les marchés de l'alimentaire)
- Un temps réduit pour l'élaboration de la stratégie et des politiques achats (peu de PAA engagés par les établissements de Charente)
- Une fonction achat insuffisamment identifiée et spécialisée (un besoin de professionnalisation)
- Une organisation souvent comparable de l'organigramme et des délégations (ex: directeur souvent multi-directions, un adjoint des cadres responsable des achats et généraliste, un ou deux adjoints administratifs pour les bons de commande/liquidation, des délégations aux gestionnaires allant souvent jusqu'à l'engagement des bons)
- Des besoins d'expertise (sécurité juridique des marchés, contrôle de gestion, biomédical, expertise produits, travaux...)
- Des effectifs resserrés qui rendent le suivi des marchés, de consommation et des performances achat difficile
- Un recours accru à l'UGAP et aux groupements de commande (notamment pour sécuriser les marchés et réaliser des économies)

Ces résultats ont été présentés au groupe-projet du GHT achat de Charente lors d'une réunion qui s'est tenue le 25 août 2016. Ils ont permis l'établissement de points de consensus permettant de démarrer la construction de la fonction achat, mais également logistique, commune. Les propositions qui ont été retenues sont les suivantes :

- Une stratégie commune est à adopter sur certains marchés importants comme l'alimentaire, l'énergie, les produits d'entretien, le biomédical, les assurances, les déchets, l'incontinence, les fournitures d'atelier, ainsi que sur les produits pharmaceutiques ;
- Il convient d'intégrer un volet logistique au PAAT afin d'en faire un PAALT. En effet, au-delà des gains liés aux effets volumes réalisés sur les achats, des économies devront être réalisées en mutualisant les livraisons, les prestations de maintenance, les expertises, et éventuellement la gestion des stocks des produits pharmaceutiques et non-pharmaceutiques. A ce titre, l'établissement support qui développe un projet de reconstruction de sa zone logistique et d'agrandissement de la PUI a invité les autres établissements à réfléchir à la possibilité de lui confier la gestion du stock de certains produits, ce qui pourra s'intégrer dans le cadre du futur projet commun de pharmacie du GHT et dans la construction éventuelle d'un magasin (au moins partiellement) de territoire. Ce dernier point pose néanmoins la question de l'harmonisation des outils de gestion des stocks et des achats<sup>31</sup>. Or, les établissements du GHT de Charente utilise trois systèmes de Gestion Economique et Financière différentes (Maincare, Magh2 et Médiane) ;

Des points de consensus ce sont également dégagés sur :

- La nécessité d'harmoniser les pratiques et les procédures achats au travers de la rédaction d'un **guide des processus achat (référentiel métier)** élaboré conjointement, comme préconisé par le vade-mecum de la DGOS<sup>32</sup> ;
- L'opportunité de mettre en commun les **expertises techniques** sur certaines thématiques (le biomédical ; les expertises produits (ex: véhicules) ; les travaux ; les bio-déchets/la performance en développement durable des achats ; le contrôle de gestion achat ; la sécurisation des marchés (cellule marché)). Ces expertises

---

<sup>31</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *Guide méthodologique pour la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, 2016, 150 p.

<sup>32</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *GHT Mode d'emploi : vade-mecum*, mai 2016, 74 p.

étant le plus souvent détenues par l'établissement support, ces mutualisations impliquent pour être efficiente une organisation spécifique à savoir que chaque établissement non-support forme en son sein des **référénts pour chaque thématiques** qui puissent apporter une réponse de premier niveau et soient les correspondants directs des experts de l'établissement support afin de permettre autant que possible une gestion à distance. Cette mutualisation des expertises a également pour fin de limiter le recours aux prestataires extérieurs, et de faciliter la **définition du besoin** (donc la rédaction des cahiers des charges) ;

Enfin, afin de permettre la convergence progressive des marchés, il a été proposé à l'issue de l'audit et validé par l'équipe projet :

- L'organisation régulière de réunions (éventuellement thématiques, sur un ou plusieurs segments) des responsables achat ayant pour objet les marchés à échéance ou qu'un ou des établissements souhaitent arrêter. Il s'agit alors pour chaque établissement de consulter le groupe-projet afin d'évaluer l'opportunité de la convergence et du recours à un même prestataire, groupement ou centrale ;
- La nécessité que chaque établissement identifie les segments hors-marché (en dessous du seuil de 25 000 €) à mutualiser en fonction du gain sur achat potentiel ;
- Que chaque établissement transmette au groupe projet son Programme Pluriannuel d'Investissement (PPI) chaque année, afin d'harmoniser les stratégies d'investissement ;
- De profiter du recensement annuel des besoins réalisé dans chaque établissement pour identifier les besoins communs.

Ces premiers points de concrétisation et d'accord sur la fonction achat du GHT illustre le fait qu'une démarche-projet participative dans laquelle l'ensemble des établissements sont inclus et s'impliquent permet d'avancer vers plus d'intégration dans les coopérations tout en préservant les équilibres locaux et en favorisant la décentralisation et la subsidiarité.

Pour autant, les incertitudes concernant le cadrage national de la fonction achat dans le GHT aboutit au fait que les décisions prises par le groupe-projet sont essentiellement des décisions consensuelles, impliquant encore faiblement des délégations de compétences vers l'établissement support en matière d'achat.

Or, la mise en œuvre d'une fonction achat mutualisée implique que les Groupements Hospitaliers de Territoire puisse rendre compte assez rapidement, notamment aux

Agence Régionales de Santé, de la réalisation de gains sur achat. Il convient d'anticiper la réalisation, par les organismes de régulation, de benchmark de prix par segments entre ceux obtenus par les GHT et les moyennes de prix observées au niveau national. L'objectif de performance du GHT apparaît ainsi central sur cette thématique.

De fait, cela implique des prises de décisions qui ne pourront être simplement consensuelles, notamment :

- Impulser la convergence des marchés, contrat par contrat, dès que possible
- Initier le recours aux mêmes opérateurs, régionaux ou nationaux, par segment

L'établissement support gère la fonction achat pour le compte de l'ensemble des établissements du GHT<sup>33</sup>. C'est donc lui qui est responsable, de facto, de la performance achat du groupement. Il conviendra donc de lui déléguer les compétences nécessaires à la réalisation de cette mission, notamment en matière de choix des marchés et de leur passation.

Aussi, bien que cette disposition ait été retirée du décret d'application relatif aux GHT, il semble indispensable qu'une fonction de responsable achat unique du GHT, avec a minima une autorité fonctionnelle et désigné et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement support, soit créée afin d'assurer la coordination des achats des différents établissements et la définition d'une stratégie et de politiques achats communes.

C'est également par l'élaboration de ce type de gouvernance, plus centralisée, qu'il semble possible de faciliter l'intégration des Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) à ce mouvement de mutualisation des achats dans le cadre du GHT. En effet, comme l'a montré l'audit réalisé sur les achats des établissements du GHT de Charente, les produits pharmaceutiques représentent de 15 à 40% de l'ensemble des achats des établissements membres. Or, bien que le décret du 27 avril 2016 prévoie un projet commun de pharmacie, l'ordonnance relative à l'organisation des PUI dans le cadre des GHT n'est pas encore parue. De même, le décret spécifie que les approvisionnements de produits pharmaceutiques sont exclus de la gestion mutualisée des achats dans le cadre du GHT, raison pour laquelle ces achats n'ont pas encore été pleinement intégrés dans la démarche-projet du GHT achat de Charente. Pour autant, il semble indispensable à court terme de mutualiser non seulement les achats de produits pharmaceutiques mais également la gestion de leurs stocks, puisque, comme constaté en Charente, ces achats font partie des principales pistes de gains.

---

<sup>33</sup>Article L.6132-3-I du Code de la santé publique

Dans ce contexte, il semble important que ce projet soit coordonné en central par un responsable achat unique identifié, notamment par les pharmaciens, comme leur interlocuteur.

L'impératif d'efficacité de la fonction achat dans le cadre du GHT implique donc une prise de décision plus rapide et parfois moins consensuelle et la définition d'une gouvernance plus centralisée, avec un responsable achat unique identifiée. Cette évolution doit également permettre au GHT d'être en cohérence avec les orientations nationales qui, par la définition d'une répartition par segment d'achats entre opérateurs nationaux et groupements régionaux, incitent à une gestion plus centralisée.

Pour autant, la démarche-projet comme la gouvernance du GHT achat doit permettre l'articulation entre des coopérations plus intégrées et l'efficacité de gestion qui implique le maintien de prérogatives et de compétences au niveau des établissements (non support).

C'est pourquoi, par exemple, le groupe-projet du GHT achat de Charente s'est mis d'accord sur la nécessité, pour chaque établissement non-support, de se spécialiser dans la gestion de quelques segments d'achat. Les responsables ou directeurs achats dans ces structures seraient alors des responsables transversaux, ayant la responsabilité pour l'ensemble du GHT des achats sur quelques segments, tout en poursuivant leurs missions de gestion quotidienne des fonctions support et logistiques sur leur site.

Le responsable achat du GHT aurait alors une mission de coordination de l'ensemble des segments d'achats ainsi délégués (en plus de la gestion des segments d'achats qui incomberaient directement à l'établissement support), la définition de la stratégie achat devant rester collégiale.

Cette première définition de la gouvernance du GHT achat présente l'avantage de permettre une coopération plus intégrée sur les achats et donc des mutualisations facilitées, tout en préservant une nécessaire souplesse et décentralisation dans la gestion (qui permet également d'éviter que les établissements non-support ne s'estiment dépossédés de leurs compétences). Il permet également la spécialisation sur certains segments d'achat et donc une plus grande professionnalisation.

### **3.2.3 La possibilité de recourir à des tiers consultants**

Pour autant, que ce soit au niveau stratégique, médical et soignant, de la définition de la gouvernance et du fonctionnement des instances, ou au niveau plus opérationnel dans la

définition des modalités de mutualisation et de gestion commune de certaines fonctions (comme notamment les achats ou le système d'information), les acteurs sont d'une manière générale relativement réticents à déléguer une partie de leurs compétences à l'établissement support. C'est en tout cas ce qu'il a été possible de constater dans le cadre de la mise en place du GHT de Charente.

Or, pour que les Groupements Hospitaliers de Territoire s'affirment comme des structures de coopération hospitalière efficaces, permettant de concilier qualité des soins et efficacité de gestion, il semble impératif qu'une coordination par l'établissement support soit réalisée et que, pour ce faire, certaines compétences lui soient déléguées.

Ce constat, et les évolutions qui en découlent nécessairement, peuvent susciter un désengagement et une forme de méfiance des établissements parties, ce qui peut s'avérer bloquant pour l'avancée de la démarche-projet.

Afin de lever cet obstacle, il peut être intéressant « d'externaliser » partiellement, en quelque sorte, la démarche-projet pour les fonctions ou sujets les plus stratégiques, en confiant notamment le travail d'état des lieux, de diagnostic et de préconisations (les trois premières phases de la démarche-projet académique – Cf. supra) à des consultants extérieurs.

En effet, dans le cadre d'une configuration territoriale comme celle de la Charente par exemple, seul l'établissement support pourrait disposer d'effectifs et de compétences suffisants pour réaliser ces diagnostics stratégiques et ces préconisations. Or, les autres établissements pourraient ne pas adhérer à ses constats et propositions en opposant une problématique d'objectivité voire un conflit d'intérêt.

Aussi, dans le cadre de la démarche-projet du GHT de Charente, il a été décidé de faire appel à des consultants externes pour les fonctions et sujets estimés comme les plus stratégiques que sont : le système d'information, le plan d'action achat de territoire, et le projet médical partagé.

L'idée est ici de confier au prestataire extérieur la mission essentielle de définir des états des lieux précis permettant d'aboutir à un diagnostic partagé par l'ensemble des établissements sur ces fonctions. Ainsi, ce travail doit permettre l'établissement d'une base de discussion commune qui, une fois validée par les acteurs, doit servir de socle à la prise de décision ultérieure. Ces diagnostics seront beaucoup plus facilement partagés et

admis s'ils sont présentés par des professionnels extérieurs aux établissements du GHT, présentant des gages plus importants d'objectivité.

Pour autant, ce choix de recours à des consultants pour ces trois projets du GHT ne remet pas en cause la philosophie générale de la démarche-projet du GHT de Charente : les acteurs devront se rendre disponible et participer activement au travail des prestataires pour qu'ils disposent de tous les éléments nécessaires.

Et d'autre part, il est indubitable que les différents établissements membres ne vont pas se contenter d'admettre et de valider les préconisations des prestataires mais au contraire les discuter conjointement, en retenir certaines, et en ajouter d'autres, partant du diagnostic qu'ils auront partagé.

La méthodologie proposée par le Résah dans le cadre de l'accompagnement du GHT de Charente pour la formalisation de son PAAT permet d'illustrer cette thèse. En effet, s'inspirant fortement de la méthodologie du programme PHARE, le Résah propose au GHT de Charente de réaliser tout d'abord un état des lieux exhaustif des fonctions achat des établissements au travers (Cf. annexe n°4) :

- 1) D'une fiche de renseignement concernant la fonction achat que chaque établissement doit remplir ;
- 2) Un auto-diagnostic de maturité de la fonction achat renseigné également par chaque établissement ;
- 3) La réalisation, par le consultant, d'une cartographie des achats du GHT de Charente identifiant notamment les acteurs-clés, les segments stratégiques sur lesquels travailler, et les marchés pouvant converger assez rapidement ;
- 4) L'organisation de « remue-méninges » qui sont des réunions de concertation, par segment ou famille d'achats, avec les prescripteurs des différents établissements afin d'identifier des pistes de gains sur achat.

L'ensemble de cette démarche permet d'une part l'élaboration d'un état des lieux par un tiers (ainsi plus facilement accepté), et également la participation des acteurs, y compris les prescripteurs, donc le respect du caractère participatif de la démarche-projet. Ceci doit favoriser l'élaboration commune d'un PAAT validé par l'ensemble des parties.

De fait, dans un projet GHT d'une telle complexité impliquant une redéfinition des compétences, le recours ponctuel à des tiers notamment pour établir une base de discussion objective admise par tous, peut s'avérer efficace à condition qu'il maintienne la participation et l'implication des acteurs. La démarche-projet permet ainsi, là encore,

d'articuler le mouvement plus intégratif des coopérations hospitalières avec les problématiques locales.

### **3.3 Manager en zone d'incertitude: la conduite du projet GHT en interne, un défi pour le directeur d'hôpital**

Néanmoins, dans le cadre de la démarche-projet GHT, il convient également d'intégrer à la notion de « local » les équipes de professionnels des établissements publics de santé intégrant un GHT. La démarche-projet doit ainsi permettre d'articuler efficacement les évolutions nationales et leurs incertitudes avec le management interne du projet GHT.

#### **3.3.1 Les incertitudes concernant les conséquences du GHT sur l'organisation du travail: l'exemple de la fonction achat au Centre Hospitalier d'Angoulême**

En effet, il a été constaté que la structuration du GHT de Charente, entre le mois de janvier et de mai 2016, dans l'attente de la parution du décret d'application, a principalement mobilisé les professionnels dirigeants des établissements : les directeurs et leurs équipes de direction, les PCME et les communautés médicales, ainsi que les partenaires sociaux.

En revanche, les professionnels « de terrain » notamment des fonctions devant être gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties, au sein du futur établissement support qu'était le Centre Hospitalier d'Angoulême, n'ont pu être que peu associés au projet et informés, ce qui a généré chez eux une incertitude relativement importante quant aux évolutions de leurs métiers et de leur charge de travail.

Cette situation a été particulièrement observée au sein des équipes des services économiques, logistiques et des travaux (DSELT) du Centre Hospitalier d'Angoulême.

Ainsi des craintes ont pu être exprimées par les professionnels de la cellule-marché de l'établissement, constituée de 1,8 équivalent temps plein, concernant la potentielle augmentation de leur charge de travail si l'établissement support était chargé de la passation et du suivi de l'ensemble des marchés des établissements parties. Les professionnels ont fait valoir leur charge de travail déjà importante et leur crainte de ne pas être en mesure d'assurer les missions qui leur seraient confiées dans le cadre du GHT à effectifs constants.

Les craintes exprimées par ces professionnels étaient également amplifiées par l'absence de texte (décret) précisant les contours de la fonction achat du GHT, son organisation, et les délégations de compétences dans ce domaine à l'établissement support. Or, en l'absence de texte, le directeur des achats de l'établissement a préféré ne pas immédiatement communiquer sur le GHT-achat et ses implications, afin d'éviter tout stress professionnel inutile.

Mais, de fait, n'étant que peu informés sur ce qu'est le GHT, l'avancée du projet en Charente, et le positionnement des dirigeants, il s'est avéré complexe d'éviter toute forme de préoccupation de la part de ces professionnels avant qu'ils ne soient davantage associés (Cf. infra).

Dans la mesure où il n'est pas précisé si la gestion des approvisionnements par l'établissement support implique ou non la délégation de la passation des bons de commande, une préoccupation peut également exister concernant une potentiellement forte augmentation de la charge de travail pour les professionnels concernés.

De même, les professionnels de la fonction achat de l'établissement support détenant une expertise rare sur le territoire (par exemple les professionnels formés aux marchés publics ou les ingénieurs et techniciens biomédicaux) se demandent si le GHT va impliquer de leur part un appui technique plus régulier aux autres établissements et, si oui, dans quelles conditions.

Par ailleurs, en raison de cette zone d'incertitude générée par la création du GHT et également par l'absence de texte régissant précisément le fonctionnement de la fonction achat de groupement, les professionnels, ici plutôt des autres établissements du GHT de Charente, s'interrogent sur les impacts potentiels d'un mouvement de centralisation de la fonction achat sur leurs conditions de travail. En effet, il s'agit par exemple pour eux de savoir si la constitution de cette structure de coopération doit impliquer qu'ils changent de lieu de travail (totalement ou partiellement), qu'ils réalisent une partie de leurs tâches pour l'établissement support en télé-travail, s'ils changeront de supérieur hiérarchique, ou encore si le GHT va impliquer une redéfinition du périmètre de leurs missions et de leur autonomie pour les réaliser.

La crainte relative à l'évolution du métier d'acheteur et de la relation avec les fournisseurs et les prescripteurs a notamment été exprimée par les cadres et adjoints des cadres aux achats, peu associés au projet au Centre Hospitalier d'Angoulême avant mai 2016, constatant notamment l'encouragement des pouvoirs publics au recours aux centrales d'achat et aux groupements de commande.

Les professionnels expriment également leur crainte de devoir travailler avec leurs homologues au niveau du territoire en l'absence d'harmonisation des pratiques professionnelles. Etant en relation avec eux, ils savent que les méthodes de travail d'un établissement à un autre sont différentes et s'interrogent sur les modalités d'une coopération efficace dans ces circonstances. L'incertitude génère ainsi une forme de résistance au changement, au décloisonnement, et à l'adoption d'une logique territoriale.

Enfin, les doutes des professionnels des services achat du Centre Hospitalier d'Angoulême sont également renforcés par des contacts réguliers avec des fournisseurs les interrogeant sur les contours et la composition du GHT, sur le positionnement du GHT de Charente pour l'achat de leurs produits, et sur l'organisation de la fonction achat du GHT.

### **3.3.2 Une démarche-projet et un management participatif, associant les équipes, favorise l'adhésion au projet et l'apaisement des craintes**

Dans un tel contexte où l'incertitude génère des doutes et des préoccupations qui ne sont pas toujours fondés, il est nécessaire que la démarche-projet du GHT intègre la dimension managériale pour permettre une articulation efficiente entre évolutions globales et problématiques locales (ici intra-établissement support).

C'est ce qui a été progressivement réalisé au Centre Hospitalier d'Angoulême par le directeur des achats.

Initialement, il a semblé plus prudent au manager de ne pas associer ses équipes de manière trop précoce, notamment en raison de l'absence de décret définitif avant le 27 avril 2016 et du changement régulier des projets de décret, mais également en raison du fait que le périmètre géographique du GHT, sa composition, et la définition de la répartition des compétences n'étaient pas précisés et ne l'ont été qu'avec l'achèvement de la rédaction de la convention constitutive.

Il s'est ainsi agi d'éviter d'attiser les craintes des équipes en communiquant sur des informations provisoires, pouvant être remises en cause dès la parution du décret ou avec l'évolution des discussions au sein des comités préfigurateurs et de la rédaction de la convention constitutive.

De fait, ce choix managérial a permis de contenir les inquiétudes des professionnels en les incitant à continuer leur activité professionnelle sans tenir compte des discussions en cours. Pour autant, si les interrogations ont été bien contenues, elles ont bien émergées.

Or, à mesure de leur émergence et en l'absence de réponse du management interne, ces questionnements ont commencé à prendre davantage d'importance pouvant potentiellement atteindre la sérénité du climat professionnel.

Dès lors, le responsable achat de l'établissement support a inclus dans sa démarche-projet du GHT-achat la nécessité d'informer et d'associer les professionnels de ses services, afin de réduire leur zone d'incertitude, solliciter leur participation et ainsi favoriser leur adhésion au projet (selon la même logique que celle suivie dans la démarche-projet du GHT de Charente où l'établissement support a veillé à la participation de tous les établissements). Néanmoins, cela n'a été possible que dès lors que le manager lui-même avait pu sortir quelque peu de la zone d'incertitude générée par la mise en place de la fonction achat mutualisée.

Une première réunion d'information pour l'ensemble des équipes des services logistiques et achats sur le GHT de Charente a ainsi été organisée au début du mois de juin 2016. Cette réunion a permis aux agents d'être associés à la démarche, d'exprimer leurs doutes et leurs questionnements, d'obtenir certaines réponses pour ce qui avait été acté et ainsi de réduire leur zone d'incertitude donc de préoccupation.

D'autres réunions de ce type doivent être organisées dès que l'organisation de la fonction achat du GHT de Charente aura été affinée par le groupe-projet des responsables achat du territoire, dans une logique d'information « top-down » permettant de contenir les inquiétudes.

Par ailleurs, le manager des achats du Centre Hospitalier d'Angoulême s'est également réuni avec ses cadres et adjoints des cadres pour leur faire davantage partager l'état des réflexions au niveau stratégique et les décisions restant à prendre, afin de faciliter leur projection dans le projet mais aussi recueillir leurs remarques et suggestions dans une logique participative.

Cette démarche a aussi pour finalité de rassurer ces professionnels sur le projet et sur les évolutions qu'il peut induire sur leur exercice professionnel. Par exemple, concernant la cellule marché de l'établissement, il a semblé pertinent d'expliquer que la passation des marchés des établissements pouvait éventuellement être confiée en central à

l'établissement support, mais qu'avec le recours massif aux centrales d'achat et aux groupements régionaux, l'augmentation de la charge de travail devrait être limitée.

De même, les cadres et adjoints des cadres sont de plus en plus impliqués dans le projet et incités à adopter une logique territoriale. Par exemple, il a été confié à un des adjoints des cadres la rédaction d'un guide relatif au nouveau cadre juridique des marchés publics et à leur passation : la commande a été qu'il soit utilisable non seulement par les gestionnaires de l'établissement support, mais également pour ceux des autres établissements parties.

Ainsi, par une telle démarche managériale, il s'agit de permettre une articulation efficace entre le niveau local du projet (les équipes, les professionnels) et les évolutions globales et stratégiques, qu'elles soient territoriales ou nationales.

Pour autant, ce projet constitue un véritable défi pour le directeur d'hôpital qui doit manager des agents qui se situent en zone d'incertitude, alors que lui-même, bien que plus informé, se situe également dans une zone d'incertitude : au départ quant au contenu de la loi puis du décret, ensuite quant au positionnement des directeurs généraux et au contenu de la convention constitutive, puis quant à la dynamique et aux avancées des travaux du groupe-projet relatif à la fonction achat, et enfin quant aux possibles évolutions et précisions du cadrage national (par exemple sur la répartition par segments des marchés à passer par des centrales d'achat, des groupements régionaux, ou au niveau local).

Finalement, les choix qui ont été fait ont assuré la cohérence du management interne avec les principes généraux de la démarche-projet du GHT de Charente : permettre l'articulation de global et du local, de la centralisation et de la décentralisation, en associant les acteurs dans une dynamique participative.

Le management ainsi mis en place consiste à préférer informer les professionnels lorsqu'un cadre minimum a été acté afin de les rassurer et de permettre leur projection dans le projet, quitte à passer par une période de latence propice aux interrogations et doutes. Il a semblé préférable de passer par cette phase de non-communication interne afin d'éviter, par une information trop précoce et changeante, de générer du stress professionnel. Pour autant, il s'avère à présent impératif non seulement d'informer les agents mais également de les impliquer dans la démarche, selon un logique de management participatif qui favorise leur adhésion et réduit ainsi leur zone d'incertitude

en les rendant membres, et d'une certaine façon responsables (pour ce qui leur incombe), du projet.

## **Conclusion**

Finalement, la construction du Groupement Hospitalier de Territoire, notamment telle qu'elle a pu être observée et vécue dans le cadre du GHT de Charente tant au niveau stratégique qu'au niveau de la fonction achat, illustre la problématique générale commune à l'ensemble des structures de coopération inter-hospitalières : trouver, dans l'organisation de la coopération, l'équilibre efficient entre une plus grande intégration et le nécessaire maintien d'une forme de décentralisation.

En effet, les premières formes de coopérations, de part notamment leur caractère peu contraignant, n'ont pas nécessairement permis d'atteindre les objectifs souhaités en matière de partage de fonctions opérationnelles et de structuration d'une stratégie territoriale commune.

Le GHT s'inscrit alors dans la continuité d'un processus d'évolution des coopérations entre établissements publics de santé vers une plus grande intégration et mutualisation de leur gestion et de leurs politiques.

Pour autant, comme a pu le montrer l'étude de la construction du GHT de Charente, la mise en œuvre d'une telle forme de coopération nécessite l'adhésion des acteurs, en l'espèce des établissements publics de santé du territoire, afin de permettre, d'une part, une mise en œuvre adaptée des orientations nationales, et d'autre part la définition de modalités d'organisation stratégiques et opérationnelles qui, pour être efficaces, se doivent d'intégrer les problématiques propres à chaque établissement partie et au territoire.

L'exemple du GHT de Charente permet de soutenir l'idée que c'est par la définition et la mise en œuvre d'une démarche-projet participative, permettant l'égale implication de chaque établissement et acteur concerné, et annonçant la mise en œuvre d'une gouvernance souple qui permet le respect du principe de subsidiarité et l'attribution de compétences à l'ensemble des membres, qu'il est possible d'articuler efficacement l'atteinte des objectifs globaux avec les problématiques locales et de susciter l'adhésion des acteurs. La nécessité d'impliquer les acteurs locaux à la démarche-projet GHT concerne également le management interne, notamment pour les fonctions

opérationnelles mutualisées, afin de réduire la zone d'incertitude des professionnels et faciliter leur participation au projet donc une mise en œuvre efficiente.

De fait, la démarche-projet du GHT de Charente a permis une initiation progressive de la construction de cette structure de coopération et l'acceptation p acteurs de ce mouvement engagé vers d'avantage d'intégration.

Pour autant, les zones d'incertitudes qui persistent, notamment dans le cadrage national de la construction du GHT et le niveau de délégation souhaité, nécessitent une adaptation de la démarche-projet, que ce soit au niveau stratégique ou opérationnel, afin de maintenir l'adhésion des acteurs.

Cette dernière pourrait en effet se voir fragilisée dans le cas où, comme le laisse par exemple percevoir le projet de répartition de segments d'achat par la DGOS entre centrales d'achat et groupements régionaux de commandes, une plus grande intégration des GHT que celle initialement envisagée dans le cadre des démarches-projet locales serait impulsée au niveau national.

Or, il semble impératif de tenir compte de cette possibilité en inscrivant le projet GHT dans le contexte actuel de recomposition de l'offre hospitalière. En effet, comme le souligne la DGOS dans son rapport relatif à la recomposition de l'offre hospitalière sur la période 2012-2014<sup>34</sup>, le nombre de directions communes est passé de 225 en juin 2012 à 368 en 2014, illustrant un mouvement fort de structuration des coopérations hospitalières vers une gouvernance partiellement unique.

De même, bien que plus restreint, le rapport souligne qu'entre 2004 et 2014, le nombre de fusion entre EPS a presque doublé, passant de 68 à 133. Or, la fusion implique par définition la mise en place d'une gouvernance commune et unique au sein d'une nouvelle entité juridique composée de structures hospitalières auparavant distinctes et autonomes.

Il convient alors de se demander si le Groupement Hospitalier de Territoire constitue un aboutissement des coopérations inter-hospitalières, ou bien une étape vers des formes de coopérations plus intégrées que sont les directions communes, voire vers une dynamique plus grande de fusion. De fait, par exemple le nombre d'instances du GHT et la mobilisation forte qu'elles impliquent notamment de la part des équipes dirigeantes des établissements, pourra peut-être amener à une réflexion concernant la possibilité de fusionner certaines instances dans un objectif de simplification.

---

<sup>34</sup>Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*, juillet 2016, 55 p.

La perspective de telles réformes et évolutions devra alors, le cas échéant, impliquer l'élaboration de nouvelles démarches-projet adaptées à de telles orientations afin de permettre la définition de nouveaux équilibres entre centralisation et subsidiarité.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment article 107), JORF n°0022 du 27 janvier 2016.  
Disponible sur internet :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5858DF2703B4BEF8DAE52327DA229E73.tpdila18v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5858DF2703B4BEF8DAE52327DA229E73.tpdila18v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id)
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, 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.  
Disponible sur internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°0101 du 29 avril 2016 (ainsi que les projets de décret antérieur à la publication datés des 23 novembre 2015, 9 février 2016, 22 mars 2016 et avril 2016).  
Disponible sur internet :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&categorieLien=id>

## Ouvrages

- BROUCKE, B. et al., 2014, *Les fiches outils des achats*, Eyrolles, 318 p.
- CANONNE, S. et al., 2013, *La boîte à outils de l'acheteur*, 2<sup>e</sup> édition, Dunod, 192 p.

- CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Points Essais, 500 p.
- HOLCMAN, R., 2015, *Management hospitalier*, 2<sup>e</sup> édition, Dunod, 794 p.
- MATHIS, D., 2002, *Les structures de coopération interhospitalière*, 2<sup>e</sup> édition, Les Etudes Hospitalières, 276 p.
- POISSONNIER, H., 2012, *Les achats collaboratifs*, de boeck, 210 p.
- SAMSON, I., 1994, *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Broché, 240 p.

### **Articles de presse spécialisée**

- Keller, C.; Louazel, M., « *Coopération hospitalière et territoire* », *Cahiers de la fonction publique*, n° 363, février 2016,- pp.40-43
- GALLET, B., « Le GHT : un outil de "ruptures" aux modalités de fonctionnement ambiguës », *Finances hospitalières*, n° 99, février 2016, pp.12-14
- NORDMANN, J.P., « GHT : évolution ou révolution ? », *Finances hospitalières*, n° 99, février 2016, pp.7-11
- EVIN, C., « Les groupements hospitaliers de territoire : Au service d'une stratégie de groupe », *Revue hospitalière de France*, n° 568, janvier-février 2016, pp.36-40
- LEGOUGE, D., « Système d'information achat et GHT : enjeux et perspectives », *Finances hospitalières*, n° 101, avril 2016, pp.4-6
- Piney, D.; Godeau, T., « Constitution des GHT : réalités de terrain et attentes des présidents de CME des centres hospitaliers », *Revue hospitalière de France*, n° 569, mars-avril 2016, pp.62-65
- Mauduit, L., « Exclusif : ce qu'attendent les directeurs des nouveaux groupements hospitaliers », *Acteurs publics actualités. La revue du management public*, n°120, mars-avril 2016, pp.74-76

### **Dépêches APM**

- « Si convergent dans les GHT : sans standards nationaux, les hôpitaux se font 'massacrer' sur l'interopérabilité », dépêche APM du 10/12/2015
- « Achats hospitaliers : le résah se positionne au niveau national avec l'objectif de couvrir 80% des besoins à l'été 2016 », dépêche APM du 16/12/2015
- « GHT : la conférence des présidents de CME de CH dénonce certaines 'macrostructures' en projet », dépêche APM du 18/02/2016
- « GHT : les établissements psychiatriques d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes se positionnent », dépêche APM du 23/02/2016

- « GHT : Le SMPS réclame une révision du projet de décret autour de 10 points clés », dépêche APM du 25/02/2016
- « Les GHT devront orchestrer l'intégralité de la chaîne achat avec l'appui des opérateurs », dépêche APM du 16/03/2016
- « GHT : 'laissez faire' les professionnels, sans rentrer dans les détails (Frédéric Boiron) », dépêche APM du 25/03/2016
- « Le SPH veut organiser la santé mentales autour des communautés psychiatriques de territoire », dépêche APM du 29/03/2016
- « GHT et fonctions mutualisées : le nouveau projet de décret assouplit le cadre », dépêche APM du 31/03/2016
- « La FHF plutôt satisfaite de la dernière version du projet de décret sur les GHT », dépêche APM du 06/04/2016
- « GHT : le SMPS demande des ajustements au projet de décret », dépêche APM du 06/04/2016
- « Statut des directeurs d'hôpital : le Syncass CFDT et le SMPS réclament des mesures rapides en vue de la création des GHT », dépêche APM du 08/04/2016
- « GHT : l'opportunité des projets pharmaceutiques de territoire ? », dépêche APM du 20/05/2016
- « GHT : le niveau de coopération entre PUI sera choisi par les acteurs », dépêche APM du 20/05/2016
- « Les directeurs d'hôpitaux ont une vision globalement négative de la mise en œuvre du GHT », dépêche APM du 24/05/2016
- « GHT : le plan d'action achats au 1<sup>er</sup> janvier 2017 doit être une synthèse des plans individuels », dépêche APM du 26/05/2016
- « GHT et recours aux opérateurs d'achat : la DGOS fera ses recommandations vers la fin juin », dépêche APM du 27/05/2016
- « La création des GHT entre craintes et confiance : l'exemple du Sud des Yvelines », dépêche APM du 22/06/16
- « La mise en œuvre du GHT doit être vue de manière 'progressive' insiste la DGOS », dépêche APM du 24/06/2016
- « GHT : il faut garder le contact charnel avec le terrain », dépêche APM du 28/06/2016
- « UniHA sélectionne une gamme de prestations pour accompagner les GHT », dépêche APM du 13/07/2016

## Rapports

- Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), *Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, 2016, 72p.
- HUBERT, J.; MARTINEAU, F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La Documentation Française, 2016, 51p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *Guide méthodologique pour la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, 2016, 150 p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *GHT Mode d'emploi : vade-mecum*, mai 2016, 74 p.
- Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*, juillet 2016, 55 p.

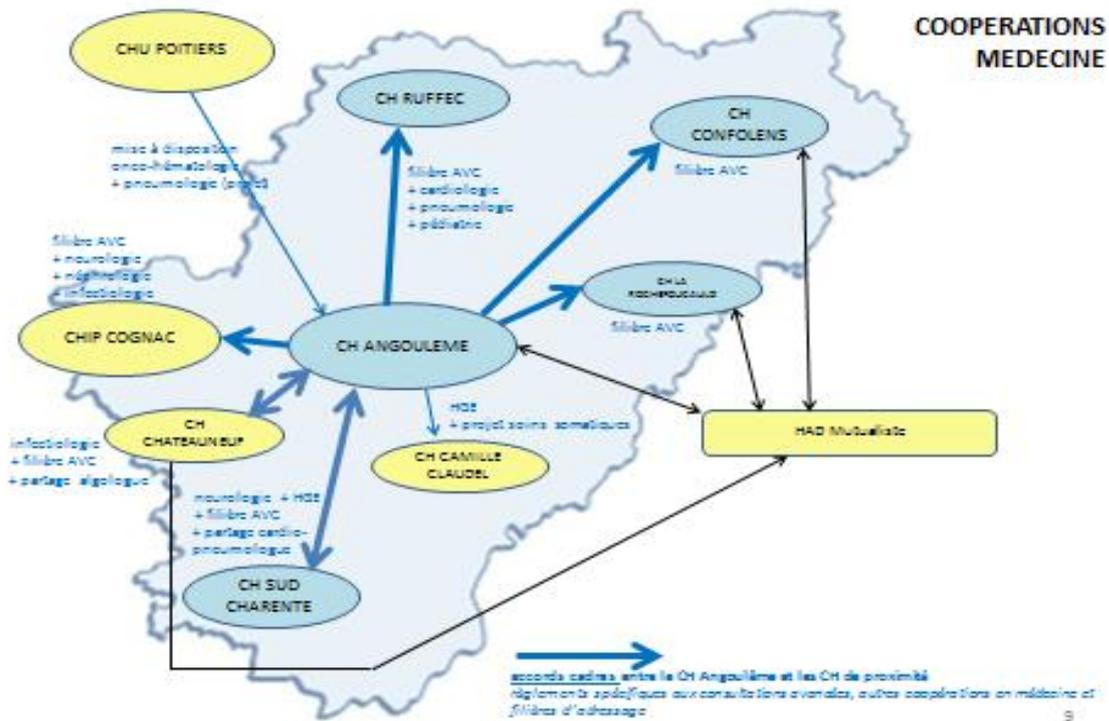
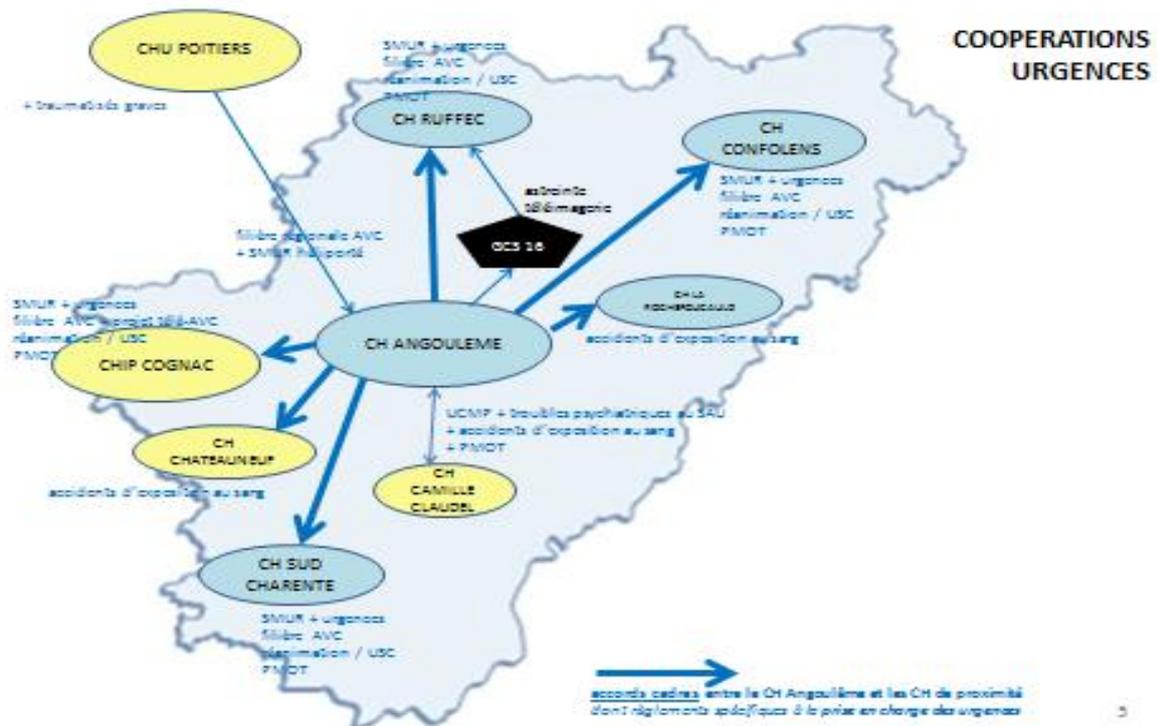
---

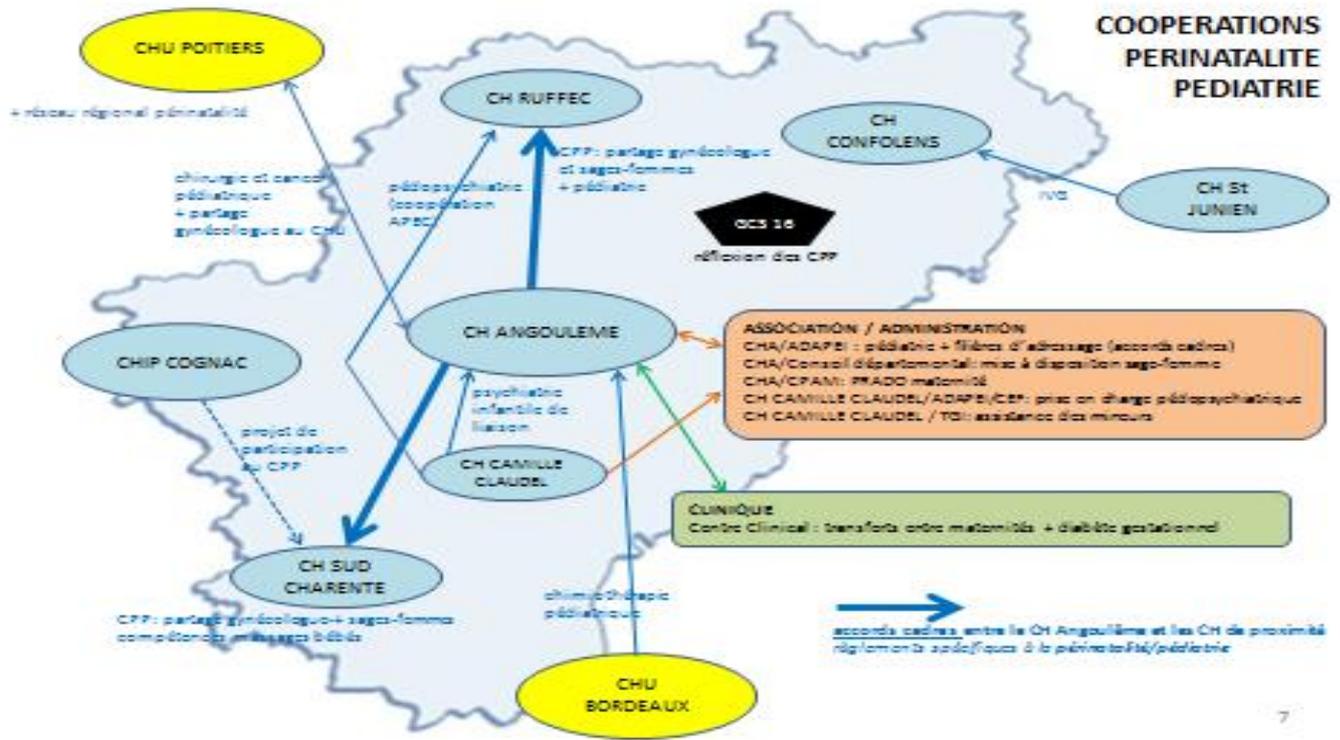
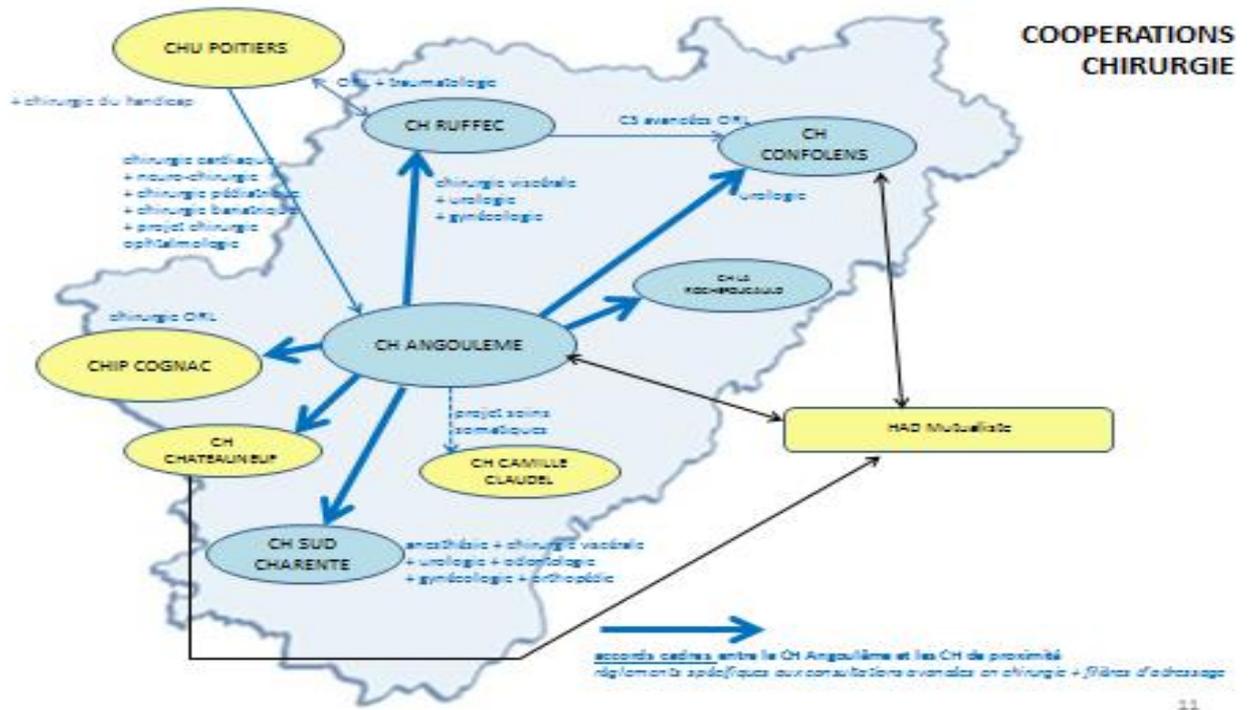
## Liste des annexes

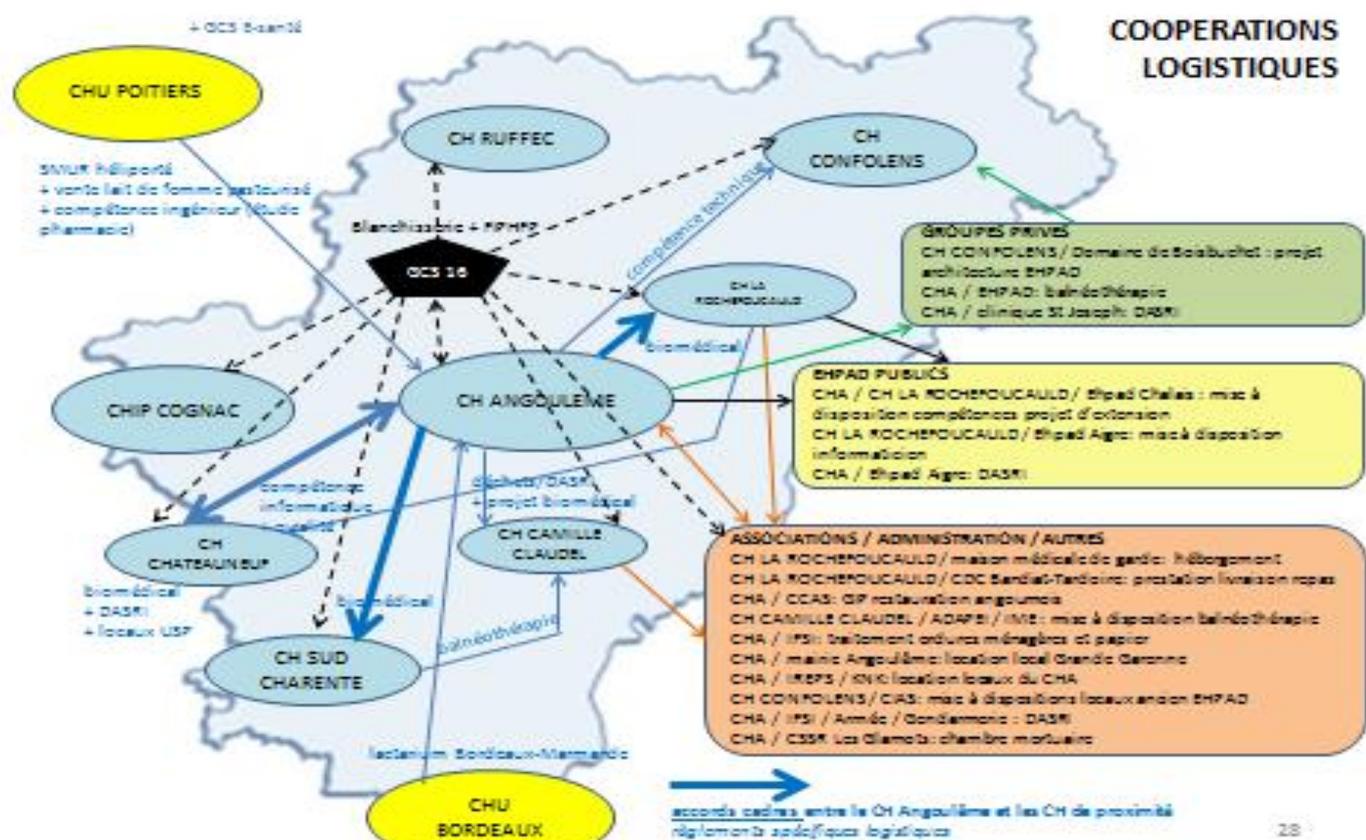
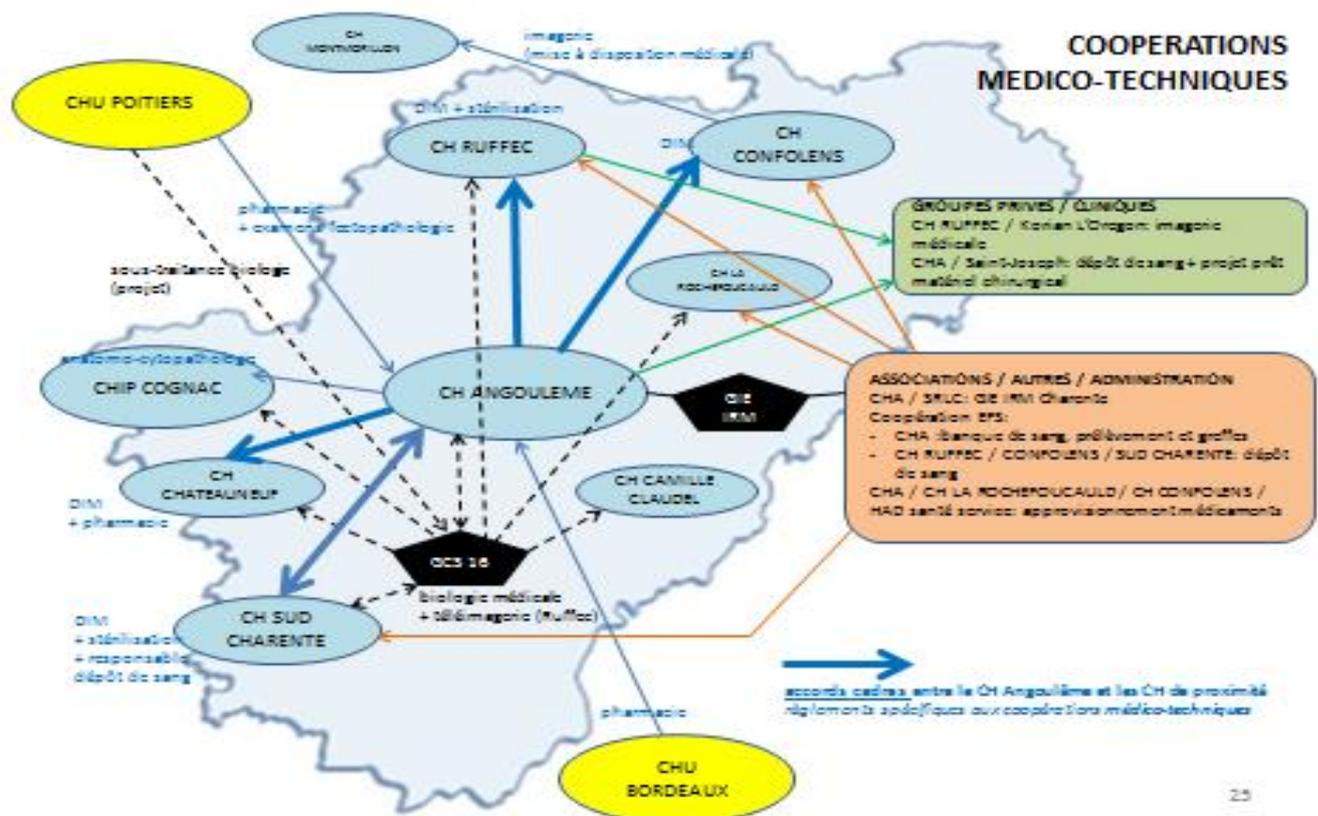
---

- Annexe n°1 : Représentation cartographique de quelques coopérations entre les établissements publics de santé de Charente
- Annexe n°2: Calendrier prévisionnel de la démarche-projet relative à la mise en œuvre de la fonction achat du GHT de Charente (1<sup>ère</sup> phase)
- Annexe n°3: Grille d'entretien utilisée avec les responsables pour le pré-diagnostic des fonctions achats des EPS de Charente
- Annexe n°4 : Méthodologie de la démarche-projet présentée pour le Plan d'Action Achat de Territoire présentée par le Résah

**Annexe n°1 : Représentation cartographique de quelques coopérations entre les établissements publics de santé de Charente**







**Annexe n°2: Calendrier prévisionnel de la démarche-projet relative à la mise en œuvre de la fonction achat du GHT de Charente (1<sup>ère</sup> phase)**

Actions	Dates
Constitution du groupe-projet du GHT achat de Charente et désignation du chef de projet	Fin mai – début juin 2016
Validation d'une démarche-projet permettant l'association de l'ensemble des acteurs et ne se résumant pas au seul PAAT	Juin 2016
Etat des lieux des fonctions achats des EPS de Charente (méthodologie élaborée collectivement)	Juin 2016
Réponse de l'appel à candidature DGOS - PHARE	20 juin 2016
Pré-diagnostic partagé des fonctions achats des EPS de Charente et identification des axes de travail	Eté 2016
Restitution du travail de pré-diagnostic des fonctions achat et préparation du PAAT (avec au sans consultant et participation de l'ensemble des EPS et des différents acteurs)	Dès fin août - septembre 2016
Présentation du PAAT achevé au Comité Stratégique	1 <sup>er</sup> janvier 2017
Conduite du PAAT et deuxième phase de mutualisation de la fonction achats afin de répondre aux exigences règlementaires et ministérielles	A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2017 (référentiel unique des achats pour juillet 2017 - Convergence des marchés effective pour décembre 2020)

**Annexe n°3 : Grille d'entretien utilisée avec les responsables pour le pré-diagnostic des fonctions achats des EPS de Charente**

**GHT achats de Charente – grille d'entretien pour la rencontre avec les responsables achats**

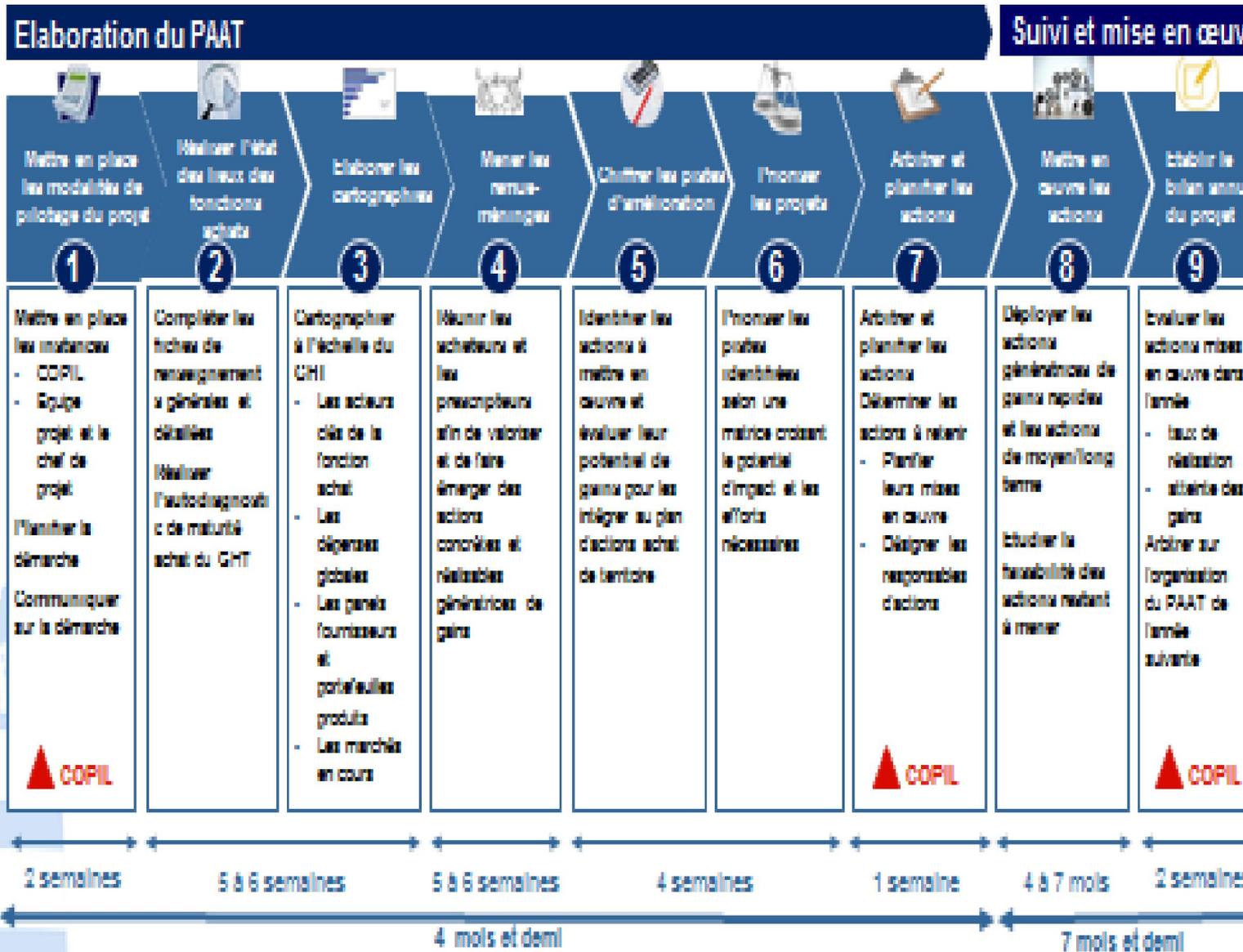
- 1) Caractéristiques générales de l'établissement :
  - a. Types d'activités
  - b. Capacitaires
  - c. Budget(s)
  - d. ETP
- 2) Positionnement de la fonction achat dans l'organisation générale de l'établissement (= organigramme général de l'établissement = qui est rattaché à qui et pour faire quoi)
- 3) Quel degré de formalisation de la politique et de la stratégie achat ? Qui l'élabore ?
- 4) Organigramme de la fonction achat
  - a. Les professionnels qui composent la fonction achat (effectifs, grades, coûts) – ex : existe-t-il une cellule marché ? un comité des achats ? ETP par famille/activité ?
  - b. Les missions de ces professionnels
  - c. Leur articulation/organisation/hiérarchie
- 5) Organisation et étendue de la fonction achat
  - a. Le magasin
  - b. La pharmacie
  - c. L'informatique
  - d. L'alimentaire
  - e. Travaux
  - f. Investissements
  - g. Autres commandes
  - h. Organisation du processus achat/des commandes (liens avec les prescripteurs, avec les fournisseurs, les différentes étapes du processus et les professionnels qui interviennent, qui gère/fait les bons de commande, signe etc.)
  - i. Existe-t-il un référentiel des procédures métiers des achats ? Serait-ce nécessaire ? Comment l'élaborer ?
- 6) Quelle organisation pour le suivi de l'exécution des marchés et leur évaluation ? Par qui ?
- 7) Organisation de la fonction d'approvisionnement :
  - a. Organisation de la gestion des stocks (par qui etc.)/formalisation d'une stratégie ?

- b. Modalités d'approvisionnement (dotation, plein-vide, à la demande) interne (par famille de produits) et de réapprovisionnement/bons de commande ? Fréquence ?
  - c. Lieu(x) et volumes de livraison ? Modalités de stockage/tournées (par qui ? organisation etc.) ? Inventaires (fréquence, magasin, services de soins) ?
  
- 8) Connaissez-vous des difficultés dans la sécurisation juridique des marchés ? (passation, cellule marché etc.)
  
- 9) Quelles modalités de contrôle de gestion des achats ? (tableaux de bord, suivi des consommations etc.) Par qui ?
  
- 10) Quels outils SI achat ?
  - a. Quelle GEF ? Permet-elle de faire des extractions ? (raison du choix + satisfaction)
  - b. Quelle GMAO ? Chez quel prestataire ? (raison du choix + satisfaction)
  - c. Logiciel de gestion des stocks ? Interfacé avec la GEF ?
  - d. Quel support les magasiniers utilisent-ils pour répondre aux commandes internes (papier ? demandes dématérialisées ?) ?
  - e. Logiciels d'aide divers ?
  - f. Quels services disposent de ces outils ?
  - g. Pour faire du contrôle de gestion ?  
Présentation générale du SI-Achat. Quels besoins ? Comment harmoniser ou interfacé pour un contrôle de gestion commun ?
  
- 11) Les volumes d'achats en 2015
  - a. Au global
  - b. En exploitation (détailler par famille d'achats)
  - c. En investissement (détailler par famille d'achats)
  
- 12) Les principaux marchés ? Part des marchés en dessous du seuil de 15 000€ (sur devis) ? Part des MAPA ? Pour quelles familles d'achat ?
  
- 13) La durée des marchés/les marchés qui arrivent à expiration ?
  
- 14) Les principaux fournisseurs et leur nombre (par famille d'achat) ?
  
- 15) Avez-vous une stratégie de gains sur les achats ? De combien ? Montant des gains achats réalisés en 2015 ?
  
- 16) Avez-vous réalisé une cartographie des achats et/ou des investissements (par famille et/ou segment) ? Si oui, est-ce possible d'en disposer ?
  
- 17) Vos achats intègrent-ils la problématique du Développement Durable ? Comment ?
  
- 18) Quels liens avec les prescripteurs et les fournisseurs dans le processus achat ?
  
- 19) Quelles participations à des groupements de commandes ? Lesquels ?

- 20) A des centrales d'achats ? Lesquelles ?
- 21) Part des dépenses achats mutualisées ?
- 22) Quelles collaborations avec les EPS de Charente en matière d'achats et sur quels marchés ?
- 23) Compte tenu de l'évolution des textes, qu'attendez-vous de la fonction achat dans le cadre du GHT ? Que craignez-vous ?
- 24) Quel équilibre trouver entre centralisation et décentralisation pour le GHT achat ? Est-ce que la signature de la CC vaut délégation automatique ? Que veut dire « pour le compte de » selon vous ? L'idée de la re-délégation (Conseil d'Etat) vous semble-t-elle pertinente ? Pour quoi ?
- 25) Quel équilibre entre centralisation et décentralisation pour le GHT en général ?
- 26) Quelle cohérence trouver entre la dynamique générale du GHT et celle du GHT achat ?
- 27) Que pensez-vous de la segmentation des achats proposée par la DGOS à l'échelon national ? Quelle implication pour le GHT achat ?
- 28) Quels étaient vos projets avant le GHT ?
- 29) Quels projets pourraient être révisés dans l'optique GHT ?
- 30) Quels nouveaux projets du fait du GHT/pour le GHT achat ? Jusqu'où doit aller la prestation notamment de l'établissement support et comment l'organiser (ex : biomédical) ?
- 31) Comment s'harmoniser (ex : sur le SI achat) ?
- 32) Comment coordonner les achats communs avec les objectifs du PMP ?
- 33) Quels sont les marchés que vous souhaiteriez mettre en commun dans le cadre du GHT ?
- 34) Quelles sont les compétences que votre direction achat détient et qui pourraient intéresser les autres ou d'autres établissements parties ?

**Annexe n°4 : Méthodologie de la démarche-projet présentée pour le Plan d'Action  
Achat de Territoire présentée par le Résah**

**Une méthodologie basée sur 9 étapes prenant en compte la dimension territoriale**



MARGERIN

Charly

Octobre 2016

## Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 2015-2016

**Articuler centralisation et décentralisation dans le cadre d'une coopération hospitalière intégrée et définie nationalement - L'exemple de la construction du GHT de Charente et de sa fonction achat**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques - Rennes

### **Résumé :**

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée l'obligation pour tout établissement public de santé d'adhérer à un Groupement Hospitalier de Territoire (sauf dérogation).

Précisée par le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, cette forme de coopération inter-hospitalière est novatrice dans la mesure où, d'une part, elle est obligatoire et où, d'autre part, elle présente un caractère plus intégratif que les autres formes juridiques de coopération l'ayant précédées, tant au niveau des coopérations médicales et soignantes que stratégique et opérationnel.

Le GHT implique notamment la désignation d'un établissement support, dont le directeur est le pilote de la stratégie de l'ensemble du groupement, et qui gère pour le compte des autres établissements un ensemble de fonctions opérationnelles. Cette structure de coopération, rendue obligatoire au titre de la loi, implique ainsi un mouvement de plus grande centralisation, ce qui peut être particulièrement illustrée par la mise en place au niveau opérationnel d'une fonction achat de groupement.

Or, il convient de rappeler que malgré une dynamique déjà ancienne de coopération inter-établissement, qui a pu être observée ici sur le territoire de Charente, les établissements publics de santé demeurent fortement attachés au maintien de leurs compétences stratégiques et de gestion.

La mise en place du GHT implique l'articulation à la fois des orientations nationales avec des spécificités locales et l'articulation d'un mouvement de centralisation de certaines compétences avec la subsidiarité nécessaire à l'efficacité et à l'adhésion des acteurs.

L'idée ici défendue, à partir de la participation au projet de création du GHT de Charente dans le cadre d'un stage de direction réalisé au Centre Hospitalier d'Angoulême du 4 janvier au 2 septembre 2016, est que l'équilibre entre ces différents impératifs peut être trouvé notamment grâce à la définition d'une démarche-projet participative qui permette l'implication de l'ensemble des acteurs et donc à la fois leur adhésion et une mise en œuvre des orientations nationales adaptée aux spécificités locales, donc efficiente.

La mise en œuvre de la fonction achat du GHT de Charente, notamment parce qu'elle implique un changement de paradigme important et des délégations vers l'établissement support, permet d'illustrer cette position.

### **Mots clés :**

Groupement Hospitalier de Territoire – Fonction achat – Segments d'achats - Plan d'Action Achat de Territoire – Centrale d'achat – Groupement de commande - Démarche-projet – Centralisation/décentralisation – intégration/subsidiarité – Coopération – Mutualisation – Gestion pour le compte – Zone d'incertitude

*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.*