



Université de Rennes 1
Faculté de Droit et de Science Politique

École des Hautes Études en Santé Publique

MASTER 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des professions et des institutions de santé »

**Mutualisation de la gestion
des ressources humaines médicales
au sein des groupements hospitaliers de territoire**

L'illustration d'une démarche intégrative

Gaëlle CHESNAIS
Septembre 2019

Sous la direction de Mme Catherine KELLER, Directeur d'hôpital, enseignant-chercheur, chargée de l'enseignement du droit hospitalier à l'EHESP (Rennes),

Membres du jury :

- Madame Catherine KELLER, Directeur d'hôpital, enseignant-chercheur, chargée de l'enseignement du droit hospitalier à l'EHESP,

- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.



Université de Rennes 1
Faculté de Droit et de Science Politique

École des Hautes Études en Santé Publique

MASTER 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des professions et des institutions de santé »

Mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire

L'illustration d'une démarche intégrative

Gaëlle CHESNAIS
Septembre 2019

Sous la direction de Mme Catherine KELLER, Directeur d'hôpital, enseignant-chercheur, chargée de l'enseignement du droit hospitalier à l'EHESP (Rennes),

Membres du jury :

- Madame Catherine KELLER, Directeur d'hôpital, enseignant-chercheur, chargée de l'enseignement du droit hospitalier à l'EHESP,

- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes 1.

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à Mme Catherine Keller pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée dans la rédaction de ce mémoire et pour ses encouragements.

Je remercie l'ensemble des intervenants du Master 2 dont les enseignements m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de me guider dans une prise de recul sur ma pratique professionnelle.

Un grand merci également aux étudiants que j'ai eu le plaisir de fréquenter durant ces deux années, plus particulièrement les professionnels en formation continue, qui ont été de véritables compagnons de route.

Enfin, j'adresse tous mes remerciements à ma famille pour sa patience et son soutien.

Sommaire

Introduction

Première partie - De la faculté de mutualiser les ressources humaines médicales ...

Chapitre 1 – Entre autonomie et contrainte, la mutualisation des ressources humaines médicales au cœur des enjeux du GHT

Chapitre 2 - Les instruments de la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT instaurés par la LMSS

Deuxième partie - ... à l'obligation de mutualiser les ressources humaines médicales au sein des GHT.

Chapitre 1 - Les impacts de l'acte II du GHT sur les ressources humaines médicales

Chapitre 2 - Les impacts de l'acte II du GHT sur la gouvernance et le niveau d'intégration des établissements parties au GHT

Conclusion

Bibliographie

Liste des annexes

Table des abréviations

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

ARS : Agence Régionale de Santé

ASP : Assistant Spécialiste Partagé

CDI : Contrat à Durée Déterminée

CDU : Comité Des Usagers

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COPS : COMmission de la Permanence des Soins

COSTRAT : Comité STRATégique

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Commission Mixte Paritaire

CNG : Centre National de Gestion

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRC : Chambre Régionale des Comptes

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique

CSP : Code de la Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Directeur des Ressources Humaines

EMT : Équipe Médicale de Territoire

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

EPS : Établissement Public de Santé

FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalier

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

GIH : Groupement Inter-Hospitalier

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

PADHUE : Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne

PDS : Permanence Des Soins

PH : Praticien Hospitalier

PMP : Projet Médical Partagé

PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé

PRS : Projet Régional de santé

RHM : Ressources Humaines Médicales

SIH : Syndicat inter-Hospitalier

SMPS : Syndicat des Managers Publics de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

TTA : Temps de Travail Additionnel

Introduction

« La grandeur d'un métier est peut-être avant tout d'unir les hommes ; il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines ». Cette formule d'Antoine de Saint Exupéry¹ trouve à se concrétiser avec une particulière pertinence à l'Hôpital qui est, par définition, un lieu d'exercice professionnel en équipe dont la finalité première, la prise en soin de patients, comporte elle-même un important volet de relations humaines. Le directeur des ressources humaines (DRH) qui y exerce recherche au quotidien, dans ses fonctions managériales², à concrétiser l'action commune des professionnels au service des patients. Et, depuis quelques années, sous l'impulsion d'un fort mouvement de coopération entre les établissements, il ne cherche plus seulement à unir les ressources médicales de l'établissement dans lequel il intervient mais bien à unir, mutualiser les ressources en effectifs et en compétences médicales d'un même territoire pour assurer une offre de soins de qualité sur ce dernier.

La mise en commun de moyens, d'activités est l'un des marqueurs de la coopération par et entre établissements de santé, dite interhospitalière³. Un chapitre du code de la santé publique (CSP) est consacré⁴ à ce mouvement qui s'amplifie depuis les années 1970⁵. D'un point de vue juridique, on distingue traditionnellement la coopération fonctionnelle de la coopération institutionnelle. La première ne donne pas lieu à la création de personne morale ; la seconde se matérialise quant à elle par cette création. L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de son côté, a distingué les types de coopérations au regard de leur finalité : la coopération-filière, la coopération-efficience et la coopération-pérennité⁶. La coopération-filière permet la création de filières de soins ; la coopération-efficience permet la mutualisation

¹ Antoine de Saint Exupéry, « Terre des hommes ».

² Le Larousse définit le management comme un « Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise ». (Consultable en ligne : <https://www.larousse.fr>). Appliqué aux établissements publics de santé, il s'agit des fonctions au travers desquelles s'exerce le management à l'hôpital, à savoir la conduite de l'organisation, sa direction et la planification de son développement. Les managers hospitaliers ont pour missions de mettre en œuvre les moyens techniques, humains, en organisation, dont ils disposent pour atteindre ses objectifs.

³ Les expressions « coopération interhospitalière » et « coopération hospitalière » seront utilisées indistinctement pour désigner les coopérations entre établissements de santé.

⁴ Titre III du livre 1^{er} de la 6^{ème} partie du CSP intitulé « coopération ».

⁵ Marie-Laure Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, 5^{ème} édition, 2018, p. 125 et suivantes où sont évoquées les « strates successives » du développement de cette coopération : 1970, 1991, 1996, 2003, 2009 et 2016.

⁶ Rapport ANAP, « guide méthodologique des coopération territoriales », 2011.

d'équipements, de ressources. Il s'agit de générer du volume d'activités, de rentabiliser les investissements et équipements. Enfin, la coopération-pérennité permet d'éviter des opérations de restructuration sous la contrainte ; elle permet de maintenir la pérennité de structures hospitalières dépourvues à elles seules de la capacité à maintenir leur activité. Pour autant, le CSP lui-même ne donne pas de définition de la coopération interhospitalière mais se borne à en décrire les outils juridiques de mise en œuvre. Dans le langage courant, on entend par coopération⁷, « l'action de coopérer, de participer à une œuvre commune »⁸. Dans le secteur hospitalier, la notion est plurielle et évolutive. Elle semblait initialement sous tendue par un principe de volontariat mais, au fil du temps, le caractère volontaire des partenariats hospitaliers s'est atténué allant jusqu'à disparaître avec la création par la loi de modernisation de notre système de santé des groupements hospitaliers de territoire (GHT)⁹. Plusieurs auteurs proposent la définition suivante de la coopération : « une modalité de rapprochement entre, d'une part, des entités juridiques autonomes, en l'espèce des établissements de santé confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls, concrétisée par un projet et une gouvernance partagés d'autre part, et enfin traduite par des instruments juridiques appropriés »¹⁰.

Cette dernière est à rapprocher de la notion de mutualisation. Il s'agit du fait de mutualiser défini comme « le fait de faire passer (un risque, une dépense) à la charge d'une mutualité, d'une collectivité »¹¹. La mutualisation, d'un point de vue juridique, consiste en la mise en commun de moyens entre plusieurs structures. Il peut s'agir de moyens humains, financiers, logistiques. L'objectif qui sous-tend la mutualisation est souvent prioritairement de réduire les coûts. Cette approche s'est, en France, développée dans un premier temps dans le secteur des collectivités territoriales. La loi de réforme des collectivités territoriales de 2010¹² a ainsi prévu que les communes et leurs intercommunalités initient des schémas de mutualisation avant la fin de l'année 2015. Ces derniers visent à une meilleure organisation des services selon les termes

⁷ Du latin, *cooperatio* : cum « avec » et *operari* « agir ».

⁸ Le Larousse en ligne (www.larousse.fr).

⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 intitulée « Loi de modernisation de notre système de santé », JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

¹⁰ Catherine Keller, Marie-Laure Moquet-Anger, Pierre Villeneuve, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, coll. Fondamentaux, 2017.

¹¹ Le Larousse en ligne (www.larousse.fr).

¹² Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales, JORF n°0292 du 17 décembre 2010 page 22146.

du législateur inscrits à l'article L. 5211-39-1 du code général des collectivités territoriales¹³. La mutualisation peut prendre dans ce secteur des formes variées selon le niveau d'intégration. Quelle que soit sa forme, elle est avant tout un projet de nature politique, qui est le résultat d'une ambition commune au niveau local. La proximité de la démarche avec celle que connaît le secteur hospitalier est évidente.

La coopération hospitalière a pris des formes variées depuis les années 1970¹⁴, engageant de manière plus ou moins forte les établissements de santé dans une démarche intégrative. Il convient de noter que ce mouvement ne s'est pas nécessairement engagé de manière naturelle dans un secteur qui consacre le principe d'autonomie juridique des établissements publics de santé. Ces derniers se définissent en effet comme : « (...) des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État (...). Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales. Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national »¹⁵. Historiquement, l'autonomie des établissements publics est considérée comme « consubstantielle au statut d'établissement public »¹⁶. Ce dernier a pourtant été

¹³ L'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des finances ont été chargées de réaliser une étude sur la mise en œuvre de ces schémas et ont d'ailleurs élaboré un « Guide de la mutualisation » pour accompagner les décideurs locaux dans leurs démarches. Ce guide met en évidence le fait que la mutualisation peut prendre des formes différentes selon le degré d'intégration. De manière schématique, la mutualisation peut prendre cinq formes différentes, selon des degrés d'intégration croissants : « Une action est effectuée de manière coordonnée par deux ou plusieurs partenaires, sans création de structure commune (par exemple, dans le cadre d'un groupement de commande) ; Un partenaire confie à un autre le soin de réaliser une mission pour lui (par exemple, dans le cadre d'une prestation de service) ; Un partenaire met ses moyens au service des autres (mise à disposition de services ou d'équipements par voie de convention) ; Un des partenaires crée en son sein un service mutualisé spécifique qui intervient pour tous les participants (création de service commun) ; Les partenaires (communes) transfèrent une ou plusieurs de leurs compétences vers un autre (établissement public de coopération intercommunal - EPCI) qui les met en œuvre pour tout le territoire concerné ». Cf. Inspection générale de l'administration, Inspection générale des finances, « La mutualisation au service des communes, des intercommunalités et de leurs établissements », Inspection générale des finances, mai 2015, 78 pages.

¹⁴ Benoît Apollis a même été jusqu'à qualifier de « saga » l'histoire législative et réglementaire de la coopération hospitalière » in Benoît Apollis, « Quel hôpital public au début du XXIème siècle ? », RDSS, Hors-série, 2015, p.119.

¹⁵ Article L. 6141-1 du CSP.

¹⁶ Cyril Clément, « L'autonomie des établissements de santé », *La Gazette de l'hôpital*, février 2016, n° 120, p. 1 ou Marc Dupont, « Hôpital public et coopération sanitaire », *RDSS*, Hors-série, 2015, p. 23.

profondément rénové avec la « loi Évin »¹⁷ qui a introduit la notion d'établissement public de santé considérée comme une « innovation majeure de la « loi Évin » »¹⁸ et, par la même, manifesté la volonté de l'État d'étendre son contrôle sur les établissements publics de santé¹⁹. Et plus encore avec la loi HPST qui a fait de l'hôpital public un établissement public national²⁰.

En miroir de ces évolutions, le mouvement de coopération interhospitalière a été marqué par trois niveaux de coopération allant de la mutualisation de moyens à la restructuration de l'offre hospitalière. Ces niveaux sont qualifiés de « coopération complémentarité », « coopération -décloisonnement » et « coopération-intégration » par plusieurs auteurs²¹ et renvoient chacun à différents instruments de mise en œuvre.

On citera en premier lieu, en lien avec la référence précédente à l'influence des collectivités territoriales, le syndicat inter-hospitalier (SIH), version hospitalière des syndicats de communes²². Doté de la personnalité morale et créé à l'initiative des établissements, il permettait la gestion commune d'activités notamment administratives ou logistiques. Le GIH peut également être évoqué ; mis en place avec la loi de 1970, et non doté de la personnalité morale, il visait à regrouper les établissements assurant le service public hospitalier. Il s'agissait, dans un cas comme dans l'autre, de limiter la concurrence et de permettre la complémentarité entre les établissements privés et publics.

Le deuxième niveau correspond à la création des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements d'intérêt public (GIP), tous deux instaurés, dans le secteur hospitalier, par la « Loi Évin »²³. Ces deux dispositifs permettent la gestion commune d'équipements matériels lourds avec des praticiens libéraux, de services logistiques ou de systèmes d'information entre établissements publics et partenaires privés selon des modalités juridiques souples. Le troisième outil qui peut être classé dans ce second niveau est un outil spécifique au secteur de la santé : le groupement de coopération sanitaire (GCS). Cet instrument de coopération

¹⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255.

¹⁸ Didier Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 9^{ème} édition, 2017.

¹⁹ Maxence Cormier, « Régulation(s) de l'hôpital public », *RDSS*, hors-série, 2015, p. 131.

²⁰ Benoît Apollis, « Quel hôpital public au début du XXI^{ème} siècle ? », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119.

²¹ Catherine Keller, Marie-Laure Moquet-Anger, Pierre Villeneuve, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, coll. Fondamentaux, 2017.

²² Créé par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite « Loi Boulin », JORF du 3 janvier 1971 page 65.

²³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255.

interhospitalière a été qualifié de « couteau suisse ». Son ambition était très étendue puisqu'il visait à répondre à toutes les situations de coopération en décloisonnant les secteurs, les régimes juridiques, la ville et l'hôpital. C'est l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 qui l'a introduit en droit positif²⁴, sachant que l'outil a régulièrement évolué depuis. Il se dissocie en deux types de GCS : le GCS-établissement de santé et le GCS de moyens, ce dernier étant le GCS de « droit commun ». Le GCS peut porter une coopération dans le secteur sanitaire comme médico-social ou encore dans le domaine de la médecine de ville. Toutefois, l'un des membres au moins doit être un établissement de santé. Le GCS de moyens, qui peut être, de droit privé comme de droit public, est doté de la personnalité morale. Ce GCS a pour objet de « faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres »²⁵, dans un but non lucratif. Il peut être constitué pour :

- « Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médicotechniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres ;
- Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;
- Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé (...) membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
- Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres ».

Cette formule de coopération respectueuse de l'autonomie des établissements et permettant des coopérations ciblées (dans les domaines de la logistique, de la constitution d'équipes médicales ou de la gestion de plateaux techniques) a connu un vif succès avec la création de plus de 600 GCS. Il a été complété par la création du GCS-établissement de santé par la loi HPST²⁶ qui peut être titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Il est érigé en établissement de santé, public ou privé. Ses droits et obligations, ses missions et son financement sont les mêmes que

²⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324.

²⁵ Article L. 6133-1 du CSP.

²⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), Art 107.

ceux d'un établissement de santé. Cette formule n'a toutefois connu qu'un développement limité²⁷.

Enfin, le troisième niveau, dit « coopération-intégration » marque l'avènement d'une stratégie de groupe et l'apparition du groupement hospitalier de territoire (GHT). Il a été introduit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)²⁸ et son décret n° 2016-524 du 27 avril 2016²⁹. Il se situe dans le prolongement des communautés hospitalières de territoire (CHT)³⁰. Il promeut une stratégie de groupe public³¹, sur un territoire, basée sur un projet médical et soignant partagé (PMSP), soit une stratégie de prise en charge graduée du patient dans une logique parcours, et une organisation mutualisée. Les objectifs ayant présidé à sa création sont variés : permettre l'égalité d'accès aux soins, s'en saisir comme d'une opportunité de rationalisation, de mutualisation des moyens, faire face au poids de la démographie médicale déficitaire dans certaines spécialités ou encore sortir de postures concurrentielles entre établissements de santé. Ce groupement dépourvu de personnalité morale, confère un rôle particulier à l'établissement dit « support ». Ce dernier assure « pour le compte » des membres quatre fonctions qui lui sont obligatoirement dévolues : la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ; la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) ; les achats ; la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, des plans de formation continue et le développement professionnel continu des personnels du groupement. En sus de ces quatre fonctions, des activités sont à organiser en commun : les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale et de pharmacie. D'autres peuvent être mutualisées : les activités administratives, logistiques et techniques, les équipes médicales... Certaines activités de nature hospitalo-universitaire, dont certaines concernent tout particulièrement le champ des ressources humaines médicales, sont

²⁷ Il existe une vingtaine de GCS-établissements de santé.

²⁸ Loi n° 2016-524 du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé, JORF, n° 0022, 27 janvier 2016.

²⁹ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF, n° 0101, 29 avril 2016 modifié par le décret n° 2017-701 du 2 mai 2017.

³⁰ La CHT a été introduite par la loi HPST. Elle était pensée comme un moyen pour des établissements publics de santé de conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune en termes de politique médicale et de gestion commune de certaines fonctions et activités.

³¹ A l'instar de ce qui s'est développé depuis plusieurs années dans le secteur des établissements privés à but lucratif.

placées sous la coordination d'un CHU³². Quant à la gouvernance du GHT, elle repose sur six instances : le comité stratégique (COSTRAT)³³, la commission médicale d'établissement (CME) de groupement ou le collège médical, une commission des usagers (CDU) de groupement ou un comité des usagers, une commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement, une conférence territoriale de dialogue social et un comité territorial des élus locaux. En ce qui concerne les modalités de participation au GHT, il importe de constater que « la création du GHT emporte une organisation concentrique des coopérations menées par les établissements parties au groupement »³⁴. On distingue d'une part les établissements parties (les établissements publics de santé, membres obligatoires et les établissements publics sociaux et médicaux sociaux, membres facultatifs) puis les établissements associés (CHU, s'il n'est pas partie au groupement, les établissements assurant l'hospitalisation à domicile (HAD), les hôpitaux des armées, les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie) et enfin, les membres partenaires i.e. les établissements de santé privés qui peuvent être partenaires d'un GHT. Pour parachever le dispositif, des mécanismes de solidarité ont été prévus : la publication des comptes consolidés des établissements parties au GHT, l'instauration d'un budget annexe, une certification conjointe. A la date du 1^{er} juillet 2016, 135 GHT étaient constitués. Enfin, pour compléter le panorama de la coopération interhospitalière, il convient également de citer d'autres dispositifs de coopération comme les fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH)³⁵, les communautés hospitalières de territoires (CHT)³⁶.

Dans le secteur hospitalier, ce mouvement de mutualisation concerne notamment le champ de la gestion des ressources humaines (GRH), dans un contexte déterminant de démographie médicale difficile. Les définitions de la GRH sont nombreuses. Il s'agit de « l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et en

³² Il s'agit des missions d'enseignement de formation initiale des personnels médicaux, des missions de recherche, des missions de gestion de la démographie médicale et des missions de référence et de recours.

³³ Ce COSTRAT se prononce sur la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé (PMSP), de la convention et des fonctions mutualisées.

³⁴ Catherine Keller, Marie-Laure Moquet-Anger, Pierre Villeneuve, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, coll. Fondamentaux, 2017.

³⁵ Introduites par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

³⁶ Introduites par La loi HPST.

qualité »³⁷. La GRH recouvre plusieurs activités : le recrutement, la rémunération, l'évaluation, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et des carrières, la formation, le dialogue social, la mobilité... Il importe de souligner que la fonction GRH a évolué au fil du temps : l'évolution s'est d'abord faite de la fonction du personnel à la fonction ressources humaines qui englobe aujourd'hui la gestion et le management des ressources humaines. Elle s'est imposée dans les entreprises comme à l'hôpital en tant que fonction stratégique. Dans les établissements publics de santé, la GRH porte à la fois sur le personnel dit non médical³⁸ et sur le personnel médical³⁹. Nous nous attacherons à ce pan de la GRH d'une part parce qu'il s'agit d'un champ stratégique pour les établissements publics de santé, d'autre part parce que la question des ressources prend tout son sens au regard de la démographie médicale actuelle⁴⁰ et, enfin, parce que le plan « Ma santé 2022 » y consacre un important volet. Quoi qu'il en soit, la GRH hospitalière, comme la GRH de manière générale, se matérialise aujourd'hui par une gestion par alliance⁴¹. Les services ressources humaines s'allient souvent « avec un département ressources humaines d'une entreprise voisine ou proche, tant géographiquement que sur le plan des métiers, pour le partage de ressources ou de savoir-faire spécialisés »⁴². Concrètement le mouvement de territorialisation qui se met en œuvre dans le secteur hospitalier porte notamment, par application de la LMSS, sur les fonctions mutualisées à titre obligatoire⁴³.

La France n'est pas le seul pays européen à avoir engagé une réforme hospitalière telle que décrite ci-dessus conduisant à regrouper des établissements sur un territoire défini avec en toile de fond une nécessaire subsidiarité entre ces derniers

³⁷ L. Cadin, F. Guérin et F. Pigeyre, *Gestion des ressources humaines*, éditions Dunod, 2007. Les auteurs précisent que cette définition appartient au langage courant et n'est empruntée à aucun auteur en particulier.

³⁸ Ces personnels représentent plus d'1 million d'agents titulaires et contractuels.

³⁹ Environ 115 000 personnels médicaux. Au sens large, les ressources humaines médicalisées concernent les médecins mais aussi les pharmaciens, odontologistes et les sages-femmes. Notre approche portera ici essentiellement sur les ressources médicales au sens strict.

⁴⁰ Il importe de souligner l'importance des attentes des plus jeunes médecins ainsi que le fait que les difficultés relatives à la démographie médicale concernent aujourd'hui aussi bien l'hôpital public que la médecine libérale voire que l'hôpital bénéficie aujourd'hui de l'attrait pour une activité salariée. « Mais, et c'est un paradoxe à appréhender, cette fracture générationnelle a des répercussions plus exacerbées à l'hôpital qu'en médecine de ville ». in Marie-Laure Moquet-Anger, « Médecins et hôpital », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119.

⁴¹ Patrick M. Georges, André Lerclerq, Emmanuel Rétif, François Mouchet, *Manager un service de ressources humaines ; stratégie, marketing, contrôle de gestion des ressources humaines : une vision innovante du management des ressources humaines*, les guides pratiques ressources humaines mangement, Gereso édition, 3^{ème} éd, 2017, 255 pages.

⁴² Idem page 44.

⁴³ Cf. supra p 6.

et une modernisation de la GRH hospitalière. L'exemple danois est notamment cité⁴⁴. Cet exemple est intéressant car il présente des similitudes avec la réforme française : une nouvelle organisation régionale de la santé, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation, l'augmentation du nombre d'actes ambulatoires, ... La logique a été poussée de manière très volontariste avec, par exemple, le passage de 198 établissements hospitaliers en 1990 à 45 puis 16 ou encore le rassemblement des établissements publics de santé sous un seul employeur. En termes de ressources humaines médicales, « la naissance de telles structures de groupe fait émerger en parallèle des stratégies en ressources humaines adaptées à la constitution de collectifs redimensionnés, dotés d'une nouvelle image de marque, dans un contexte où les économies d'échelle permettent de penser une approche des ressources humaines hospitalière différente, plus professionnalisée, plus spécialisée, pensée en subsidiarité »⁴⁵.

En France, en 2019, face à la permanence des défis à relever (pénurie médicale et problématique d'accès aux soins sur un territoire), un acte II des GHT s'est très récemment écrit avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁴⁶. Cette actualité législative concerne notamment les ressources humaines médicales. Elle comporte, en effet, un article 37 relatif au renforcement de l'intégration au sein des GHT qui lui-même est structuré autour de 2 axes dont l'un traite de la mutualisation de la compétence de GRH médicale. Cette évolution législative interroge sur l'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales dans le cadre des GHT. Entre faculté et obligation, coopération et délégation, particulièrement en matière de ressources humaines médicales, la question de l'autonomie des établissements de santé transparaît en filigrane ⁴⁷. Il s'agit ainsi de rechercher si la mutualisation des ressources humaines médicales, sous tendue par le GHT, est ou non une illustration

⁴⁴ Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, GHT et GRH, *Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, Décideur Santé, LEH édition, 2017, page 197 et Mathieu Girier, « L'ARRHESS et l'AFDS au Danemark : quel avenir pour les restructurations hospitalières ? », *Santé RH*, mars 2017, page 10.

⁴⁵ Mathieu Girier, « L'ARRHESS et l'AFDS au Danemark : quel avenir pour les restructurations hospitalières ? », *Santé RH*, mars 2017, page 10.

⁴⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

⁴⁷ Question posée dès 2009 par les parlementaires au sujet de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Et à laquelle le Conseil Constitutionnel a apporté une réponse. Cf. considérant 9 de la décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 relative à la loi HPST : « aucune exigence constitutionnelle ne garantit l'autonomie de gestion des établissements publics de santé ».

supplémentaire d'une dynamique intégrative⁴⁸. Et si tel est le cas, quels en sont les effets attendus.

Nous verrons comment le législateur ayant d'abord instauré une faculté de mutualiser les ressources humaines médicales avec la LMSS (partie 1), a ensuite fait le choix d'une obligation de mutualiser les ressources humaines médicales avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (partie 2).

⁴⁸ Dynamique que certains qualifient de « pré-fusion ». Cf. Laurent Houdart, « vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue droit et santé*, hors-série 2016, p.106.

Première partie - De la faculté de mutualiser les ressources humaines médicales ...

Le GHT, nouvelle modalité de coopération fonctionnelle, est un véhicule juridique souple, laissant une marge significative à la volonté des établissements de santé membres tout en les contraignant. C'est dans ce cadre de coopération, entre autonomie et contrainte, que la mutualisation des ressources humaines médicales participe à relever les enjeux du GHT⁴⁹ (Chapitre 1). C'est, qui plus est, sur cette base coopérative que la LMSS a, dès 2016, instauré différents instruments permettant une mutualisation des ressources humaines médicales (Chapitre 2).

Chapitre 1 – Entre autonomie et contrainte, la mutualisation des ressources humaines médicales au cœur des enjeux du GHT

La perspective de mutualisation des ressources humaines médicales, envisagée depuis plusieurs années⁵⁰, s'inscrit dans un cadre général précis. Les dispositions de la loi de 2016 fixent effectivement des préalables innovants mais aussi limitants à la mutualisation des ressources humaines médicales (section 1). Elles répondent quoi qu'il en soit à des enjeux anciens aussi bien pour les professionnels que pour les patients (section 2).

⁴⁹ Cette logique était d'ailleurs déjà présente, dès 2009, avec les CHT. « La création des communautés hospitalières de territoire devait s'accompagner de partenariats actifs entre hôpitaux, y compris sur le plan des ressources humaines ». Cf. le rapport Véran « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte – essor et dérives du marché de l'emploi temporaire à l'hôpital public » – décembre 2013, (consultable en ligne : <http://documentation.fhp.fr>).

⁵⁰ « Les équipes médicales doivent s'envisager à l'échelle d'un établissement, mais aussi à l'échelle d'un territoire de santé. Il est indispensable d'inciter à la mise en place d'équipes médicales de territoire, dans le cadre de coopérations entre les établissements d'un même territoire. Dans le cadre du service public territorial de santé, la coopération entre établissements de santé apparaît donc comme une solution durable et pragmatique. Malheureusement, les hôpitaux restent encore très isolés, et peu de démarches coopératives ont été enregistrées, au regard des enjeux ». Idem p. 22.

Section 1- Un cadre coopératif, innovant mais aussi limitant, en vue d'une mutualisation des ressources humaines médicales

Le GHT se distingue par l'instauration d'un principe de coopération contrainte laissant paradoxalement et initialement la mutualisation des ressources médicales dans le champ des facultés (A). Il s'accompagne, par ailleurs, de caractéristiques juridiques qui constituent des limites à la mutualisation des ressources humaines médicales (B).

A - Coopération contrainte et faculté initiale de mutualiser les ressources humaines médicales au sein des GHT

La réforme instituant le GHT se caractérise par des mesures « phares » : la première est sans conteste le caractère obligatoire de l'adhésion à la convention de GHT qui rompt avec les modes de coopérations existant jusqu'alors (1) et la seconde se traduit par la constitution d'un dispositif qui peut être qualifié de dispositif « à étages » qui, en matière de ressources humaines médicales, se contente d'introduire une faculté (2).

1 - Le caractère obligatoire du GHT pour les établissements publics de santé

L'un des marqueurs de cette réforme réside dans le fait que l'adhésion au GHT est obligatoire pour les établissements publics de santé (EPS), depuis le 1^{er} juillet 2016⁵¹. En d'autres termes, la conclusion d'une convention constitutive de GHT est obligatoire entre les EPS d'un même territoire qui doivent être partie à un GHT et à un seul⁵². Le GHT procède de cette convention constitutive qui est préparée et signée par les directeurs, à l'aide des présidents de commission médicale d'établissement et des présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de chacun des établissements partie au GHT. Après concertation des directeurs et avis des instances consultatives, l'ensemble des membres conclut la convention

⁵¹Article L. 6132-1 du CSP : « Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire ».

⁵² Seule l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris est dispensée par le législateur aux termes de l'article L. 6132-1 du CSP.

constitutive pour une durée de 10 ans. En cas d'échec lors de l'élaboration de la convention entre les parties, l'ARS peut arrêter elle-même la convention constitutive. On retiendra que celle-ci est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. Cette décision, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'ARS. Ce dernier apprécie la conformité de la convention avec le projet régional de santé et peut demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité⁵³. A défaut de mise en conformité, le directeur de l'ARS peut se substituer aux établissements en arrêtant lui-même le contenu de la convention.

Ce dispositif de coopération contrainte remet nettement en cause l'autonomie des EPS, alors que les établissements publics sociaux et médico-sociaux ont le choix d'être ou de ne pas être partie à un GHT. Avec ce dispositif pourtant purement conventionnel, la LMSS a, sans conteste, instauré une coopération contrainte qui interroge le concept d'autonomie des EPS comme celui de liberté contractuelle de ces établissements⁵⁴. Cette dernière avait déjà été particulièrement discutée autour du dispositif du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans sa décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel a rejeté les moyens invoqués lors de la saisine parlementaire consécutive à l'adoption de la loi HPST, concernant la question de l'atteinte à la liberté contractuelle par les CPOM⁵⁵ et tranché que le CPOM a bien une nature contractuelle. Cependant, il apparaît clairement aujourd'hui que le

⁵³ Article L6132-2 du CSP.

⁵⁴ La notion de liberté contractuelle fait l'objet d'une littérature riche. On peut par exemple citer l'ouvrage de Pierre-Laurent Frier et Jacques Petit, *Droit administratif*, Domat droit public, LGDJ, extenso éditions, 10^{ème} édition, 2015-2016, page 391 et suivante. Le « Le phénomène contractuel » y est décrit ainsi : « Le contrat, dans la sphère des activités publiques apparaît comme un procédé traditionnel et fort ancien ». « (...) de nos jours dans le cadre du « contractualisme » (cf. L. Richer, *Droit des contrats administratifs*, LGDJ, 2012, p.52 et s.), très à la mode, au nom d'une conception renouvelée de l'usage du pouvoir, qui devrait, pour être légitime, négocier les obligations qu'il impose, de très nombreuses opérations ne se réalisent qu'après intenses discussions, phénomène qui touche même les relations entre personnes publiques ». Une référence est également faite au droit privé : « En droit privé, la liberté contractuelle est souvent présentée comme liée à l'autonomie de la volonté. Elle porte sur la libre décision de contracter ou non, sur le libre choix du cocontractant, et enfin sur la libre détermination du contenu même du contrat ».

⁵⁵ Circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle rappelle que lorsque le Conseil constitutionnel s'est prononcé par décision du 16 juillet 2009, les requérants arguaient qu'« en l'occurrence, le mécanisme des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats de coopération tel qu'établi par la loi organise une tutelle adossée au principe hiérarchique le plus classique » en y voyant un outil juridique qui ne relèverait en rien d'un contrat. Le juge constitutionnel a estimé au contraire que « les pouvoirs de l'agence régionale de santé ne portent, par eux-mêmes, aucune atteinte à la liberté de contracter de ces établissements ».

CPOM, outil de planification, constitue un contrat particulier caractérisé par une asymétrie des obligations contractuelles⁵⁶.

Un autre exemple d'atteinte à l'autonomie réside dans le fait que chaque étape de la mise en œuvre du GHT fait l'objet d'un calendrier prévisionnel imposé aux établissements qui permet de piloter de manière très serrée la mise en application de la réforme⁵⁷. D'ailleurs, en cas de non-respect des délais, l'ARS peut se substituer aux parties (pour la désignation de l'établissement support, par exemple). C'est, par exemple, le cas concernant la désignation de l'établissement support. En l'absence de délibération en ce sens des conseils de surveillance des établissements parties, le décret prévoit que l'ARS désigne elle-même l'établissement support⁵⁸.

En définitive, les pouvoirs publics semblent prioriser la mutualisation des moyens et la rationalisation de l'offre de soins et des ressources financières avant l'autonomie des EPS⁵⁹. Pourtant, jusqu'à présent, les textes successifs n'avaient fait

⁵⁶ C'est le sens de la réponse de la ministre, Roselyne Bachelot, donnée à l'occasion de l'examen de la loi HPST par le Conseil constitutionnel : « S'ils traduisent bien l'engagement d'une démarche contractuelle, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne sont pas des instruments juridiques revêtant exactement les caractéristiques d'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques conjointement déterminée entre l'autorité publique et la personne, publique ou privée, chargée de mettre en œuvre la mission qui lui incombe. » Cf. Circulaire citée supra en note 54.

⁵⁷ Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre du GHT s'étendait jusqu'en 2020, dans le cadre de la LMSS :

- 1^{er} juillet 2016 : le PMSP définit les orientations stratégiques du GHT ;
- 1^{er} janvier 2017 : LE PMSP identifie les filières prioritaires au sein du GHT ;
- 1^{er} juillet 2017 : le PMSP est conforme aux dispositions législatives et réglementaires ;
- 1^{er} janvier 2017 : le plan d'actions achat est élaboré ;
- 1^{er} janvier 2018 : le schéma directeur du système d'information du GHT est formalisé et validé ;
- 1^{er} janvier 2020 : le compte qualité commun, la certification unique et la publication des comptes sont consolidés ;
- 31 décembre 2020 : le système d'information hospitalier convergent du GHT est opérationnel.

Cf. « Vade-mecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement / GHT mode d'emploi en 15 points clés », Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, mai 2016.

⁵⁸ « Cette situation s'est rencontrée quelques fois, par exemple pour le GHT des Alpes de Haute Provence, dont l'établissement support a dû être choisi par l'ARS » in Sabrina Mokrani, « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », les cahiers de droit de la santé, N°24, 2017, page 148.

⁵⁹ Sabrina Mokrani⁵⁹ écrit qu'une « décentralisation technique » permet aux établissements publics de santé de bénéficier de l'autonomie administrative et financière. Elle précise que « cette décentralisation technique est assimilée à une décentralisation fonctionnelle. Certains auteurs préfèrent utiliser le terme « décentralisation technique » pour traduire une volonté du pouvoir central de mettre en place une technique d'administration à travers le procédé de l'établissement public, la finalité n'étant pas de confier une autonomie à l'établissement mais de mettre en place un moyen de gestion distinct du pouvoir central. Cette décentralisation technique s'apparente à une « déconcentration camouflée » ». Elle conclut que ce terme semble pouvoir s'appliquer aux établissements de santé en faisant référence à Y. Gaudemet, *Droit administratif général*, tome 1, Traité de droit administratif, LGDJ, 2001, P.88 ; R. Chapus, *Droit administratif général*, tome 1, Montchrestien, 15^{ème} édition, 2001, p. 407 ».

qu'inciter les établissements à coopérer, parfois avec force⁶⁰. L'ARS peut ainsi subordonner une demande d'autorisation sanitaire à la mise en œuvre d'une coopération entre établissements de santé⁶¹. L'article L. 6131-2 du CSP dans sa rédaction issue de la Loi HPST, prévoyait par ailleurs : « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé : 1° De conclure une convention de coopération ; 2° De conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ; 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés ». Et, si sa demande n'était pas suivie d'effet, après concertation avec le conseil de surveillance de ces établissements, le directeur général de l'agence régionale de santé pouvait prendre les mesures appropriées, « notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que, selon les cas, les établissements concluent une convention de coopération, créent un groupement d'intérêt public ou créent un groupement de coopération sanitaire ». Dans ce dernier cas, il appartient au directeur général de l'agence régionale de santé de fixer les compétences obligatoirement transférées au groupement.

L'article L. 6132-1 du CSP dispose désormais que chaque établissement public est partie à une convention de GHT. Seule une dérogation peut permettre de ne pas être partie à un groupement⁶². Cette dérogation doit être fondée sur la spécificité de l'établissement dans l'offre de soins i.e. en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins⁶³. L'article R. 6132-7 du CSP précise que cette dérogation peut être accordée,

⁶⁰ L'expression de « coopération contrainte » était déjà utilisée en 2015 in Marc Dupont, « Hôpital public et coopération sanitaire », RDSS, Hors-série, 2015, p. 23.

⁶¹ L'article L. 6122-7 du CSP dispose que « l'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. (...) Elle peut également être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et la permanence des soins ».

⁶² Article R. 6132-7 du CSP. Il convient de noter que peu de demandes de dérogation ont abouti. Au 1^{er} juillet 2016, 135 GHT ont été créés et 20 dérogations accordées.

⁶³ Une décision du tribunal administratif de Nantes illustre le caractère limité des dérogations. Suite à l'intégration par l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire dans le GHT de la Sarthe de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Sarthe qui n'a pas obtenu de dérogation, le tribunal administratif de Nantes a débouté l'hôpital spécialisé d'Allonnes, qui refusait son intégration dans le GHT, en estimant qu'il n'y avait pas d'erreur manifeste d'appréciation de la part de l'ARS. La dérogation n'est donc pas un droit et relève de l'appréciation discrétionnaire du directeur général de l'ARS Cf. TA Nantes, n° 1609869 et 1610896, Établissement public de santé mentale de la Sarthe, 9 octobre 2018.

par l'ARS, en cas de nécessité et sur demande du représentant légal de l'établissement⁶⁴. De plus, le directeur général de l'ARS dispose d'un « véritable pouvoir de substitution »⁶⁵ : le décret du 27 avril 2016 prévoyait en effet qu'un établissement qui n'aurait pas obtenu de dérogation et qui n'aurait pas transmis sa convention constitutive avant le 1^{er} juillet 2016 pouvait se voir notifier par le directeur général de l'ARS son appartenance à un GHT. Ceci contrevient indéniablement à la liberté contractuelle dont le premier élément est la liberté de contracter. Dans le même ordre d'idées, l'ARS dispose d'un mécanisme de contrainte qui réside dans l'application des dispositions de l'article art. L 6132-5-II du CSP⁶⁶ qui conditionne l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation à la signature d'une convention constitutive.

Au-delà du caractère obligatoire de l'adhésion au dispositif conventionnel, la réforme a introduit un mécanisme qui peut être qualifié de « dispositif à étages » dans lequel la mutualisation des ressources humaines médicales trouve une place particulière.

2 - Un dispositif « à étages » instituant la faculté de mutualiser les ressources humaines médicales

De nouveau dans ce dispositif, on retrouve la dialectique autour d'éléments obligatoires et facultatifs. Certains domaines de coopération sont obligatoires, d'autres ne le sont pas. « Le changement est inédit »⁶⁷. La loi a introduit 3 niveaux de mutualisation. En 2016, la mutualisation des ressources humaines médicales a été située dans la catégorie des compétences dont la mutualisation reste facultative.

⁶⁴ Article R. 6132-7 du CSP : « La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins ».

⁶⁵ Catherine Keller, Marie-Laure Moquet-Anger, Pierre Villeneuve, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, coll. Fondamentaux, 2017

⁶⁶ Article L 6132-5-II du CSP : « L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire ».

⁶⁷ Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) in Actualités Jurisanté, n°86, Janvier 2016, page 19.

L'article 107 de la LMSS⁶⁸ a donc prévu trois niveaux de coopération allouant des compétences plus ou moins importantes à l'établissement support.

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

- 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;
- 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- 3° La fonction achats ;
- 4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ».

Il s'agit là de fonctions mutualisées à titre obligatoire.

En deuxième lieu, l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médicotechniques. C'est à travers cet article que l'on trouve une première référence à la mutualisation des ressources humaines médicales, qui n'est à ce stade qu'une faculté laissée aux établissements.

En troisième lieu, les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et

⁶⁸ Article L. 6132-3 du CSP dans sa version en vigueur du 28 janvier 2016 au 1^{er} juillet 2017.

interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle inter-établissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

Au regard de ce dispositif à étages, il est possible de dire que la loi impose la coopération tant dans son principe que dans son contenu.

Enfin, il faut noter que l'article 107 de LMSS, désormais codifiée, dispose que « les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4° Les missions de référence et de recours ».

Cette valence hospitalo-universitaire intéresse particulièrement les ressources humaines médicales en constituant précisément le fondement de la réflexion relative à la mutualisation des ressources humaines médicales⁶⁹. Pour ce qui est des missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux, le CHU coordonne, en collaboration avec l'université, l'organisation de certaines missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux et notamment la gestion des étudiants hospitaliers et des étudiants de troisième cycle, ainsi que des sages-femmes. Qui plus est, la mission relative à la gestion de la démographie médicale est particulièrement importante et pose, d'une certaine manière, les bases d'une future gestion des ressources humaines médicales mutualisée. Elle signifie en effet que le GHT et le CHU mènent des actions d'information auprès des jeunes praticiens pour valoriser l'exercice en EPS et la carrière publique. L'idée est de fidéliser les jeunes étudiants au sein des filières mises en œuvre dans le cadre du projet médical partagé de GHT. Il s'agit d'avoir une vision prévisionnelle des postes vacants sur plusieurs années afin de répondre aux besoins de manière globale sur l'ensemble d'un territoire.

Une fois fixé ce cadre général précis, entre obligation et faculté, il convient également d'aborder les éléments qui pourraient limiter la mutualisation des ressources humaines médicales.

⁶⁹ Cf. infra p 65-66 et 85.

B - Les limites à la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT

Le développement des ressources humaines médicales mutualisées est limité par plusieurs dispositions de la réforme : d'une part le GHT est dépourvu de personnalité morale (1) et, d'autre part, des incertitudes entourent la notion d'établissement support (2).

1 - Un GHT dépourvu de personnalité morale instaurant une complexité sociale et juridique

La LMSS en instaurant une coopération fonctionnelle et non organique exclut que le GHT soit doté de la personnalité morale^{70/71}. Cette orientation apparaît nettement dans le rapport intermédiaire rédigé par la mission GHT dans lequel était exclue la possibilité pour le GHT de disposer de la personnalité morale au motif d'une meilleure efficacité de l'action des futurs GHT⁷². On peut y lire : « Les coopérations entre établissements publics de santé les plus intégrées ne donnent pas lieu à la création de personnalité morale. C'est le cas des directions communes et des fédérations médicales inter-hospitalières qui permettent la mise en place de pôles et d'équipes de territoire, en se traduisant simplement par une convention » ; ou encore : « L'expérience a donc montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. *A fortiori*, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela

⁷⁰ Article L. 6132-1 du CSP.

⁷¹ La personnalité morale est ainsi définie : « La personnalité morale est un procédé technique qui permet de conférer la personnalité juridique à une personne morale, et non pas à une personne physique. Elle permet d'attribuer à un groupement d'individus des droits et obligations distincts de ceux dont ils disposent en qualité de personnes physiques. La personne morale se compose d'un groupe de personnes physiques unies par un projet commun. Elle dispose d'un domaine de compétence fixé par l'objet pour lequel elle a été instituée et bénéficie également d'une autonomie financière ainsi que d'un patrimoine propre ». Cf. Jean-Claude Zarka, *Les fondamentaux du droit public*, Collection fonction publique, Gualino éditeur, Edition 2017, p. 89-90.

⁷² Dans leur rapport intermédiaire, en 2015, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau ont expliqué ce choix par une volonté de plus grande simplicité et efficacité de l'action à venir du GHT. « Les coopérations entre établissements publics de santé les plus intégrées ne donnent pas lieu à la création de personnalité morale » ; « (...) c'est sans doute l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et une simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prises de décision claires et efficaces d'autre part. Cf. « Mission groupement hospitalier de territoire – rapport intermédiaire », Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Mai 2015, 52 pages.

garantit une légèreté et une simplicité de fonctionnement, d'une part, et permet des modalités de prise de décision claires et efficaces, d'autre part ». Les pouvoirs publics ont suivi les recommandations de ce rapport avec l'objectif de permettre la mise en place d'un niveau de coopération avancé mais pas totalement intégratif.

En l'absence de personnalité morale, la convention constitutive doit déterminer précisément les engagements contractuels des acteurs, les modalités de gouvernance et de pilotage du groupement. Le contenu minimal de la convention constitutive est fixé par la LMSS⁷³. Au-delà de ce contenu, il appartient aux établissements de se saisir d'une certaine liberté contractuelle pour fixer notamment les équilibres décisionnels de la coopération. Ceci explique certainement le fait que le législateur ait doté le GHT d'une gouvernance assimilable à celle d'une personne morale⁷⁴.

Il importe, en outre, de souligner qu'au moment des travaux préalables à l'annonce du plan « Ma Santé 2022 », « la transformation progressive de certains GHT en « établissement public de santé de territoire » a été soutenue »⁷⁵. Cette solution n'a toutefois pas été retenue.

De fait, une fois encore, la dialectique obligation / faculté sous-tend le dispositif en instaurant à la fois une complexité juridique liée au fait que les établissements restent autonomes au regard des règles de gestion des personnels des établissements publics de santé et une complexité sociale en l'absence d'une identité commune entre les établissements. Or, la gestion des ressources humaines suppose à la fois une autonomie juridique (par exemple pour recruter, être employeur) et financière (par exemple pour rémunérer). Ces éléments de complexité expliquent très certainement

⁷³ La convention constitutive doit définir le projet médical partagé (PMP), les délégations éventuelles d'activités, les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties du groupement, l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques résultants du PMP et, enfin, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement (désignation de l'établissement support, composition du comité stratégique, modalités d'articulation entre les CME et rôle du comité territorial des élus).

⁷⁴ Le GHT est en effet doté de cinq instances. Cf. supra p. 7.

⁷⁵ Claudine Bergoignan-Esper, « L'hôpital public au sein du plan « ma santé 2022 » », *RDSS*, 2019, p. 15. On peut également lire à ce sujet dans l'article que : « Qualifié de « nouvel outil juridique », il était envisagé que cet établissement dispose d'une gouvernance différente des actuels hôpitaux publics, en confiant la présidence des conseils de surveillance aux usagers du système de santé. Des simplifications de fonctionnement caractérisaient également cette nouvelle institution (...). Les établissements ainsi regroupés auraient été dotés d'une « gouvernance médicale et administrative unifiée » et d'une « solidarité financière ». L'article fait lui-même référence à un rapport ministériel : « Repenser l'organisation territoriale des soins, Stratégie et transformation du système de santé », par Pierre Pribile et Norbert Nabet consultable en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale-2.pdf.

l'articulation opérée avec la loi du 24 juillet 2019⁷⁶ entre la mutualisation des ressources humaines médicales et leur assouplissement⁷⁷.

Quant à l'absence de personnalité morale, elle ne doit pas cacher la « personnalité juridique substitutive »⁷⁸ qu'est l'établissement support.

2 - Les incertitudes juridiques autour de la notion d'établissement support

Le GHT a été instauré autour de la notion de groupe. Dans ce groupe, un établissement a un rôle pivot : l'établissement support. Il dispose à ce titre d'un statut particulier. Dans leur rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau ont écrit : « C'est donc en s'appuyant sur l'une des personnes morales composant le GHT que celui-ci va pouvoir fonctionner : il s'agit de l'établissement support. Il sera choisi par les établissements parties. Lorsque cela s'avérera nécessaire, c'est cette personne morale qui supportera, pour le compte du GHT, tous les actes et opérations, requérant un support organique (recrutement, achat, etc.). Cela suppose donc de définir et créer un véritable statut de l'établissement support afin que chacun puisse bénéficier de cette souplesse de fonctionnement tout en maintenant une transparence adaptée pour tous les établissements engagés. Les modalités de gouvernance définies dans la loi ont vocation à clarifier les responsabilités de chacun ». Cependant, à ce jour, l'établissement support n'est pas doté d'un statut particulier. Il n'existe pas de hiérarchie entre les établissements publics de santé d'un point de vue juridique. Seuls l'article L. 6143-7 du CSP et l'instruction du 4 mai 2017⁷⁹ évoquent un transfert obligatoire des attributions des directeurs au directeur de l'établissement support⁸⁰. Cette situation marque une rupture avec le fonctionnement des CHT dont l'établissement siège ne disposait pas d'attribution particulière. Plus généralement, la rupture s'illustre dans le mode de création qui reposait sur la volonté des établissements parties à la convention de CHT ou les modalités de désignation de l'établissement siège qui reposait sur une décision des membres de la CHT approuvée

⁷⁶ La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation de notre système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

⁷⁷ Cf. infra p 51 et suivantes.

⁷⁸ Keller C « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », *JCPA*, 13 juillet 2015, n° 28, p. 2229.

⁷⁹ Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire (disponible sur <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>).

⁸⁰ Cf. infra p 71 et suivantes.

par au moins les deux tiers des conseils de surveillance des établissements représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité MCO, et ce sans arbitrage final possible par l'ARS.

Certains auteurs ont qualifié l'établissement support de « vaisseau amiral » à la tête d'une flotte qu'est le GHT⁸¹. Concrètement, comme vu précédemment, cet établissement partie à la convention, assure pour le compte des membres quatre fonctions lui sont obligatoirement dévolues. En complément, d'autres activités peuvent être déléguées. Enfin, certaines sont à organiser en commun. L'établissement support conclut aussi, le cas échéant, une convention d'association avec un CHU et peut engager, pour le compte d'un ou plusieurs membres, une ou plusieurs conventions de partenariat avec des établissements privés.

La désignation de l'établissement support se fait, par ailleurs, à la majorité des deux tiers au moins des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur de l'ARS concernée, après avis du comité territorial des élus.

Pour autant, comment définir juridiquement la notion d'établissement support ? Il n'existe pas de définition juridique de cette notion. Il est, toutefois, possible de se référer à la définition d'établissement public de santé telle qu'elle figure dans le CSP⁸². Comme tous les établissements de santé, les établissements publics de santé « assurent, (...) en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (...). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements ⁸³et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

⁸¹ Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, décideur santé, LEH édition, 2017, p.19.

⁸² Article L. 6141-1 du CSP. Et, cf. sur notion d'établissement de santé supra p 3 et 4.

⁸³ Article L. 6111-1 du CSP.

En d'autres termes, « l'hôpital public est donc à la fois un établissement public de l'État (aspect organique) et un établissement de santé (aspect fonctionnel) »⁸⁴.

Cette référence, quoi qu'éclairante sur la notion d'établissement de santé, ne renseigne cependant pas sur les spécificités attachées à la fonction de « support ». Dans le langage courant, le « support » est « ce qui soutient une chose, ce sur quoi elle pose »⁸⁵. L'esprit de la réforme n'est certainement pas que l'établissement support vienne seulement en appui des établissements parties. Mais la loi n'a rien spécifié quant au rôle spécifique que pourrait avoir l'établissement support ni de manière générale ni dans la mise en œuvre du PMSP. « Pour autant, dès qu'il y aura constitution d'équipes médicales partagées et/ou pôles inter-établissements de territoire dans le cadre des activités et fonctions possiblement déléguées, l'établissement support reprendra la main sur le déploiement opérationnel du projet médical partagé »⁸⁶. Par conséquent, ce dispositif interroge de nouveau sur l'autonomie des EPS et semble confirmer « la volonté de faire des hôpitaux publics des services déconcentrés de l'ARS pour les « établissements supports » et de ces derniers pour les établissements parties à la convention de GHT »⁸⁷. Cette tendance s'inscrit dans une certaine logique introduite progressivement par les réformes hospitalières et traduisant la volonté de l'État de faire de la coopération « un nouvel instrument de régulation qui comporte des spécificités lorsqu'elle concerne des établissements publics de santé »⁸⁸.

A travers les éléments présentés ci-dessus, il est possible de pressentir la place centrale des ressources humaines médicales dans les contours plus ou moins intégratifs des GHT. L'étude des enjeux de la création des GHT met, quant à elle, en évidence une grande proximité entre ces derniers et les enjeux spécifiques de la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT.

⁸⁴ Maxence Cormier, « Régulation(s) de l'hôpital public », RDSS, hors-série, 2015, p. 131.

⁸⁵ Dictionnaire de l'Académie française en ligne (consultable sur <https://www.dictionnaire-academie.fr>).

⁸⁶ Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) in Actualités Jurisanté, n°86, Janvier 2016, page 23.

⁸⁷ Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 920.

⁸⁸ Maxence Cormier, « Régulation(s) de l'hôpital public », RDSS, hors-série, 2015, p. 131.

Section 2- Au cœur de la stratégie de groupe déployée par le GHT, les enjeux de la mutualisation des ressources humaines médicales

La question se pose de savoir pourquoi les ressources humaines médicales sont au cœur des enjeux de GHT. Étant un champ fondamental dans le cadre de la stratégie de groupe à l'œuvre avec les GHT, elles sont porteuses d'enjeux forts pour les patients (A) comme pour les professionnels (B).

A - Des enjeux centrés sur les besoins des patients

La mutualisation des ressources humaines médicales est un élément essentiel de l'accès à des soins sécurisés et de qualité ainsi qu'à une meilleure gradation des soins (1). C'est également un moyen de répondre aux enjeux du PMSP (2).

1 - La garantie d'un accès à des soins sécurisés et de qualité ainsi qu'à une meilleure gradation des soins

Les coopérations visent depuis de nombreuses années à améliorer l'offre de soins, à sauvegarder et graduer une offre de soins de qualité sur un territoire. Au cœur de cet objectif, on trouve la volonté du législateur de garantir un égal accès aux soins à chacun ainsi que le droit à la protection de la santé⁸⁹. Ces droits figurent à l'article L. 1110-1 du CSP selon lequel : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tout moyen au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Il convient, de plus, de prendre

⁸⁹ A ce sujet, il convient de noter l'importance de l'autorité juridique du droit d'égal accès aux soins. « Parce que l'égal accès aux soins repose sur le principe d'égalité et sur l'obligation constitutionnelle de protection de la santé, il est revêtu d'une autorité juridique particulièrement importante. Bien que le Conseil constitutionnel ne l'ait pas expressément admis, il n'est pas impossible de qualifier l'égalité d'accès aux soins de droit constitutionnel en le distinguant du droit à la protection de la santé qui ne demeure qu'une obligation pesant sur l'État ou sur la collectivité publique ». *in* Marie-Laure Moquet-Anger, « Territoires de santé et égalité des citoyens », RDSS, Hors-série, p. 116.

en considération le fait que « le droit fondamental à la protection de la santé, droit créance, qui découle de l’alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, fonde les politiques publiques de santé et constitue la raison d’être des importantes et abondantes législations et réglementations sanitaires »⁹⁰. Toutefois, malgré cette forte volonté du législateur, le constat d’inégalités territoriales dans l’accès aux soins est fait depuis plusieurs années.

Dans ce contexte, le GHT a, selon l’article L. 6132-1, II du CSP, « pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d’assurer une égalité d’accès à des soins sécurisés et de qualité ». Toujours selon le même article, il vise à garantir « une offre de proximité ainsi que l’accès à une offre de référence et de recours » en s’appuyant sur le PMSP. Ce dernier a vocation à se décliner par filières de soins territorialisées⁹¹. Il a souvent été écrit que l’organisation associée au GHT vise à permettre que chacun puisse « accéder au meilleur soin, au meilleur moment, et au meilleur endroit »⁹². Il s’agit de penser la complémentarité entre les établissements dans une logique de parcours du patient. Parmi les objectifs, figurent clairement la recherche de la réduction des inégalités d’accès aux soins (par exemple, entre zones urbaines et rurales) et la mise en place d’une prise en charge sanitaire comme sociale et médico-sociale articulée avec les professionnels libéraux. Il s’agit d’avoir accès à des soins de qualité et sécurisés dans des délais dits raisonnables. Ce volet de la réforme fait écho à l’homogénéisation des démarches qualité des membres d’un même groupement. Il est ainsi prévu une certification conjointe à compter de 2020 pour l’ensemble des établissements parties à un GHT qui rédigeront un compte qualité unique. La dynamique ainsi enclenchée se traduira vraisemblablement par la rédaction d’une politique qualité et gestion des risques commune. *A minima*, l’objectif est la convergence des politiques qualité et gestion des risques des établissements parties au GHT. Il convient toutefois de noter

⁹⁰ Marie-Laure Moquet-Anger, « La continuité et l’accès aux services de santé », RDSS, 2013, p.21.

⁹¹ Il n’existe pas de définition législative ou réglementaire de la notion de filière. Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, dans le cadre de la mission que leur a confiée Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ont proposé une définition de cette notion de filière (page 10 du rapport) : une filière peut être définie à partir de trois critères. Chaque filière correspond à :

- un parcours ou une succession d’épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.),
- des indications de prises en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité),
- un profil de patients homogène (critères populationnels).

⁹² Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, « Mission groupements hospitaliers de territoire », rapport intermédiaire, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Mai 2015, p. 6.

que l'appréciation portée par la HAS fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement⁹³. A terme, l'idée est de développer des compétences et une culture qualité et de gestion des risques partagée sur un même territoire⁹⁴, au plus près des spécificités locales. L'actuelle stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » s'organise d'ailleurs autour de trois principes dont l'un est : de « placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole⁹⁵ ». Un autre principe énoncé consiste à favoriser l'accès aux soins par un maillage territorial de proximité et une gradation des soins. La continuité est évidente depuis 2016 avec toujours en arrière-plan de la stratégie nationale un projet médical et soignant partagé moteur des GHT.

2 - L'élaboration d'un projet médico-soignant partagé

Le projet médical partagé est au cœur du dispositif GHT. Chaque groupement doit élaborer un PMSP. Ce projet est présenté comme « la pierre angulaire » du GHT⁹⁶.

Il organise pour une durée maximale de cinq ans les activités de soins au sein de filières graduées dans une logique de parcours patients, en conformité avec le programme régional de santé (PRS), autour de neuf rubriques⁹⁷ :

1. Les objectifs médicaux ;
2. Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
3. L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
4. Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur : la permanence et la continuité des soins ; les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ; les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ; les plateaux techniques ; la prise en charge des urgences et

⁹³ Article L. 6113-3 du CSP.

⁹⁴ L'article L. 6132-4 du CSP prévoit que la certification des établissements de santé est conjointe pour les EPS parties à un même groupement.

⁹⁵ Autrement formulé : le patron est le patient, la boussole, la qualité de sa prise en charge.

⁹⁶ Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) in Actualités Jurisanté, n°86, Janvier 2016, page 17.

⁹⁷ Article R. 6132-3-I du CSP.

des soins non programmés ; l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ; les activités d'hospitalisation à domicile ; les activités de prise en charge médico-sociale ;

5. Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle et de pharmacie ;
6. Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 du CSP;
7. Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4^o⁹⁸ ;
8. Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
9. Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Le contenu, ainsi imposé, est vaste. Les établissements parties peuvent aller au-delà s'ils le souhaitent. Concrètement, les équipes médicales concernées par chaque filière mentionnée par le PMSP participent à la rédaction du projet médical partagé. Pour chaque filière, il s'agit donc de mettre en adéquation les besoins et l'offre. L'élaboration du projet médical partagé suppose ainsi de conduire une analyse des besoins en matière de soins hospitaliers. Le volet médical est, qui plus est, complété par un volet soignant. Dans de nombreux GHT des projets médico-soignant partagés (PMSP) ont d'ailleurs vu le jour. Le PMSP est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre. C'est de ce PMSP que découlent la mise en place d'équipe médicale de territoire et la constitution de pôles inter établissements. « *In fine*, cette gestion mutualisée *des ressources humaines médicales* est une condition de la possibilité de mettre en place une véritable stratégie médicale partagée, au service de la gradation de la prise en charge⁹⁹. En sus des enjeux pour les patients, l'inscription

⁹⁸ Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

4° Les missions de référence et de recours.

⁹⁹ Étude d'impact du projet de loi de relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, p. 79 et suivantes.

de la question des ressources humaines médicales dans le dispositif du GHT revêt des enjeux pour les professionnels.

B - Des enjeux de complémentarité et d'attractivité pour les hospitaliers

Il est possible de distinguer parmi les enjeux liés aux ressources humaines médicales au sein des GHT des enjeux qui concernent les établissements (1) et des enjeux spécifiques aux médecins (2).

1 - La mise en œuvre d'une stratégie de groupe au service de la complémentarité entre établissements publics de santé

La LMSS ambitionne à travers le GHT de mettre en place une stratégie de groupe qui, elle-même, vise à limiter la concurrence entre les EPS, à favoriser le développement des complémentarités ; et cela, notamment dans le domaine des ressources humaines médicales, de l'attractivité médicale. Le constat est effectivement fait depuis plusieurs années de difficultés récurrentes de concurrence inter établissements en matière de recrutement, de rémunération... En la matière, les rapports des chambres régionales des comptes mettent souvent en exergue des exemples. On peut ainsi citer le rapport en date du 18 juin 2018 de la chambre régionale des comptes (CRC) de Bourgogne-Franche-Comté relatif aux exercices 2012 et suivants du Centre hospitalier de la Haute Côte d'Or. Ce rapport met en évidence la substitution des contractuels non permanents aux praticiens permanents d'une part et d'autre part, des irrégularités coûteuses. Ces irrégularités se traduisent, par exemple, par la rémunération de praticiens contractuels dans des conditions tarifaires extra règlementaires¹⁰⁰. Face à ce constat, le CRC invite l'établissement

¹⁰⁰ Concrètement, « la rémunération de médecins contractuels en temps discontinu ou non continu en juin 2017 pour des gardes ou des journées n'était pas conforme aux dispositions de l'article R. 6152-416 du code de la santé publique : fixée forfaitairement à 1 350 € ou 1 500 € par garde ou à 977 € ou 1 217 € par journée, cette rémunération excède de près de sept à neuf fois le maximum autorisé par l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, soit 161,74 euros bruts (environ 135 euros nets pour le praticien) ». La CRC pointe également des signatures de contrats de cliniciens en dehors du cadre réglementaire. Cf. rapport consultable en ligne : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/BFR2018-27.pdf>.

Il existe toutefois des contre-exemples. Cf. infra p 49, l'exemple du groupement hospitalier de territoire Rhône-Nord-Dombes-Beaujolais qui a mis en place une direction des affaires médicales de groupement, facilitée par l'existence d'une direction commune *in* Étude d'impact du projet de loi relatif à la transformation et à l'organisation du système de santé, 13 février 2019, p.82.

« sans méconnaître la nécessité d’assurer la continuité des soins ni mésestimer les difficultés de recrutement du CH Haute Côte d’Or dans certaines spécialités, (...) à mettre un terme à ces versements irréguliers et à respecter le cadre réglementaire relatif à la rémunération des praticiens contractuels : seul le recours au cadre légal de l’intérim via un prestataire, sur une base proche du coût actuellement acquitté, le permettrait ». La Cour ajoute que « pour en limiter le coût, le Centre hospitalier de la Haute Côte d’Or pourrait en outre mutualiser avec d’autres établissements le recrutement de ses praticiens, comme la permanence des soins dans le cadre du GHT ». De la même manière, le récent rapport relatif à la gestion du Centre hospitalier de Valence peut être cité. De nombreuses anomalies sont constatées. Il est possible d’y lire que « les dépenses du personnel médical constituent un enjeu majeur pour le Centre hospitalier de Valence. Les dépenses dites « d’intérim médical » ont plus que doublé entre 2014 et 2016. La pénurie médicale et la concurrence entre les hôpitaux pour recruter des médecins remplaçants sont coûteuses pour les finances hospitalières, dès lors que les rémunérations versées pour attirer les médecins excèdent les seuils réglementaires et s’avèrent sans commune mesure avec celles des praticiens hospitaliers titulaires. Seule une coopération renforcée entre établissements permettra de limiter les effets négatifs de ce phénomène. Le recours à la mise en disponibilité pour convenances personnelles par certains praticiens titulaires du Centre hospitalier de Valence afin de pouvoir travailler comme intérimaires dans des hôpitaux publics avec des salaires plus élevés pénalise les établissements hospitaliers du secteur et met en péril l’intérêt du service public hospitalier. La rémunération du temps de travail additionnel des praticiens a méconnu les dispositions réglementaires et a représenté un coût d’autant plus élevé qu’elle s’est apparentée, pour certains d’entre eux, à un complément de rémunération dissocié du temps de travail effectif »¹⁰¹.

Avec la création des GHT, l’enjeu est, par conséquent, pour les établissements parties, de partager une vision prospective et territorialisée de la gestion ressources humaines médicales. Cet enjeu est majoré par la pénurie touchant certaines spécialités médicales. La situation démographique des professionnels de santé fragilise certains établissements qui recourent massivement à l’intérim. Le GHT est

¹⁰¹ Cf. rapport en date du 12 septembre 2018 de la CRC Auvergne-Rhône-Alpes sur la gestion du Centre hospitalier de Valence consultable en ligne : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-11/ARA201855.pdf>.

pensé comme un moyen de diminuer le recours à l'intérim médical en favorisant les postes partagés entre EPS mais aussi en fidélisant certains médecins. L'impact économique du mouvement de coopération engagé avec les GHT est ainsi considérable. L'étude d'impact du projet de loi relatif à la transformation et à l'organisation du système de santé¹⁰² met en évidence que la mise en place d'une ressources humaines médicales mutualisée peut avoir un impact sur :

« - Les dépenses d'intérim médical, en développant l'activité partagée des praticiens, avec un coût évalué à 500 millions d'euros par le rapport du député Olivier Véran en 2013¹⁰³ ;

- Les dépenses pour la rémunération des lignes de gardes et astreintes des praticiens, lesquelles pourraient plus aisément être mutualisées, et qui représentent un total de 635 Million d'euros de dépenses annuelles »¹⁰⁴ .

Le GHT semble même être un territoire trop restreint pour traiter de cette question de la maîtrise des coûts des dépenses d'intérim et des démarches régionales, regroupant plusieurs GHT, voient le jour afin de mettre en œuvre des marchés régionaux d'intérim médical¹⁰⁵.

La mutualisation des ressources humaines médicales est porteuse d'enjeux pour les établissements ; elle l'est également pour les médecins.

2 - Le développement de l'attractivité des carrières médicales en faveur des praticiens hospitaliers

L'attractivité des carrières médicales à l'hôpital et la fidélisation des praticiens sont l'un des enjeux de la mise en place des GHT¹⁰⁶. Il s'agit en effet de donner envie de faire une carrière médicale à l'hôpital public et d'y rester. La mission nationale sur l'exercice médical à l'hôpital, coordonnée par Danièle Toupillier, directrice générale du

¹⁰² Idem p.85.

¹⁰³ Olivier, Véran « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », rapport, décembre 2013. Ces chiffres étaient estimés à 132 millions d'euros avant l'entrée en vigueur du décret n° 2017-1605 encadrant le recours à l'intérim médical, si l'on s'en tient à la définition de l'intérim du code du travail. Le rapport Véran se base sur une acception plus large, incluant notamment les recrutements de gré à gré. Cf. Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé, JORF n°0276 du 26 novembre 2017.

¹⁰⁴ Source : déclaration annuelle de données sociales 2016.

¹⁰⁵ C'est le cas en Bretagne depuis le mois de mai 2019.

¹⁰⁶ Au regard du rapport d'activité du Centre National de Gestion (CNG) de l'année 2018, le taux de vacance statutaire est de 29,40 %. Cf. le rapport d'activité 2018 du CNG consultable en ligne : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/documents/fichiers/2019-07/Synthese_RA2018.pdf.

Centre National de Gestion, a d'ailleurs mis en avant cette nécessaire orientation dès 2011. Le projet d'équipe au sein de la filière est l'un des fils conducteurs du GHT. L'objectif consiste à allier projet médical de qualité permettant de garantir la continuité des soins et conditions de travail attractives. Ce sujet des conditions de travail est en effet central, comme le souligne souvent les organisations syndicales représentatives des praticiens. Ces derniers devraient à travers le GHT trouver les modalités attendues d'un travail en équipe avec la mise en place d'équipes médicales de territoire s'appuyant sur le PMSP. L'un des enjeux réside dans l'absence d'isolement de praticiens soumis aux contraintes de la responsabilité médicale et de la continuité ou de la permanence des soins ; et ce, dans un contexte d'évolution du rapport des jeunes médecins à leur travail¹⁰⁷. La constitution d'une équipe est, par ailleurs, le gage d'une expertise médicale et d'une collégialité s'exprimant du premier recours à la référence.

En outre, en termes de conditions de travail, l'un des facteurs d'attractivité passe par le partage du poids des gardes et astreintes qui pèse sur les praticiens. Et, la mise en place du PMSP devrait avoir une incidence sur l'organisation de la permanence des soins, sachant que les modalités d'organisation de cette dernière peuvent être un frein aux recrutements. Ce point est fondamental dans un contexte sociétal dans lequel les médecins, comme les autres professionnels hospitaliers, cherchent à concilier, aujourd'hui plus encore qu'hier, vie professionnelle et vie personnelle. La gestion du personnel médical n'est plus une seule gestion statutaire mais bien une gestion des ressources humaines statutaires traitant de la qualité de vie au travail, de la gestion du temps de travail¹⁰⁸...

Il convient, du reste, de souligner que la rémunération est aussi un enjeu d'attractivité. Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics ont d'ailleurs conduit des actions en vue de l'améliorer : développement du secteur d'activité libérale des

¹⁰⁷ Jacky Le Menn et Paul Chalvin écrivent ainsi « une politique d'attractivité ne saurait ignorer que le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme au gré des évolutions de la société et dans un contexte de féminisation rapide de la profession. Elle doit aussi répondre aux attentes qui ont toujours été celles des praticiens se destinant au service public hospitalier : qualité de l'outil de travail, travail en équipe, autonomie professionnelle, équité de traitement, attachement au service public ». Cf. Jacky Le Menn, Paul Chalvin, « l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, rapport édité par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, novembre 2015, *la documentation française*, 274 pages, p.4.

¹⁰⁸ Jean-Yves Copin, « Groupement hospitalier de territoire et gestion des ressources humaines médicales et non médicales : il est urgent de se poser les bonnes questions », *Santé RH*, décembre 2016, p. 11.

PH¹⁰⁹, diversification des primes et indemnités¹¹⁰, introduction d'une part variable de rémunération¹¹¹, etc... Dans ce sillage, la mise en place des GHT a, en termes de rémunération, un double effet : celui d'une harmonisation des pratiques de rémunération d'une part et d'autre part, celui de permettre le versement de primes liées à l'exercice territorial¹¹².

Pour faire face à ces différents enjeux, la LMSS a instauré un certain nombre d'instruments de mutualisation des ressources humaines médicales.

¹⁰⁹ « Le dispositif applicable aux médecins hospitaliers exerçant à temps plein (...) permet à ces praticiens de garder une clientèle libérale au sein de l'hôpital en bénéficiant du personnel et des équipements hospitaliers, pendant leur temps de service hebdomadaire, et de leur assurer des revenus complémentaires de leurs émoluments hospitaliers » in Marie-Laure Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, 5ème édition, p 219.

Il importe de souligner à ce sujet que la LMSS a renforcé l'encadrement de l'activité libérale notamment en instaurant les PH à conventionner avec l'assurance maladie.

¹¹⁰ On peut citer les indemnités de gardes et d'astreintes, la prime d'exercice territorial (ancienne prime multi-sites), la prime d'engagement de carrière hospitalière, l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

¹¹¹ Cette indemnité créée par le décret du 5 octobre 2006 et reprise par le décret du 14 mars 2017 est liée au respect d'un engagement contractuel déterminant des objectifs de qualité et d'activité mesurée par des indicateurs définis par arrêté. Cf. Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière, JORF n°0063 du 15 mars 2017.

¹¹² Par exemple, le versement de la prime d'exercice territorial ou l'indemnisation particulière des gardes et astreintes dès lors que les établissements parties à un GHT ont adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins, coordonné au niveau du GHT dans le cadre du PMSP. Cf. arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Chapitre 2 - Les instruments de la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT instaurés par la LMSS

La LMSS a instauré, dans le cadre de la mutualisation des ressources humaines médicales, un transfert d'activité facultatif complété par deux outils (section 1). Toutefois, ces outils apparaissent aujourd'hui peu mis en œuvre (section 2).

Section 1 - Un transfert d'activité facultatif complété par deux outils

Avec la réforme de 2016, plusieurs transferts d'activités au profit du GHT ont été organisés ; certains obligatoires et d'autres facultatifs. En ce qui concerne les ressources humaines médicales, le transfert instauré l'a été à titre facultatif. Ce transfert présente la particularité d'avoir une nature juridique incertaine (A). En complément de ce transfert, la LMSS a instauré deux outils complémentaires (B).

A - Un transfert d'activité facultatif à la nature juridique incertaine

Le législateur en 2016 a prévu que l'établissement support puisse gérer, pour le compte des établissements parties au groupement certaines activités administratives, dont les ressources humaines médicales, ainsi que des équipes médicales de territoire et des pôles inter établissements. Le transfert d'activité ainsi envisagé, du fait de sa nature juridique incertaine, sollicite plusieurs notions juridiques éprouvées (1). Après étude de celles-ci, il apparaît que ce transfert est assimilable à une délégation de compétence dont les effets restent toutefois incertains (2).

1/ La convocation de notions juridiques éprouvées : le mandat et la délégation

Faute de personnalité morale, l'établissement support semble titulaire d'un mandat donné par les établissements parties au GHT et la convention constitutive peut être assimilée à une convention de mandat. En droit civil, le mandat est défini comme « un acte par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom. Le contrat ne se forme que par l'acceptation du

mandataire »¹¹³. Dans le cadre du GHT, la convention constitutive est un acte par lequel l'établissement support, désigné en son sein, assure des fonctions pour les établissements parties et ce de manière facultative dans le champ des ressources humaines médicales¹¹⁴. Par conséquent, c'est bien l'absence de personnalité morale décrite *supra* qui justifie le recours au mandat ; l'instauration d'une personnalité morale aurait, quant à elle, conduit à la fusion des établissements concernés. Comme l'écrit Jacques Hardy, il semble que « Le contenu de la réforme a été privilégié de sorte que le GHT est crédité de compétences substantielles exercées par le truchement d'un « établissements support » titulaire d'un mandat donné par les établissements parties à la convention »¹¹⁵.

En droit public, le dispositif mis en place convoque également la notion juridique de délégation et renvoie plus globalement à la notion de compétence, celle-ci étant un des éléments de régularité externe de l'acte administratif. Autrement dit, il s'agit de la capacité à prendre des actes administratifs. « Or, la répartition des compétences au sein de l'organisation administrative entre les différentes autorités, telle qu'elle est prévue par les différents textes (Constitution, loi, règlement, voire par les normes jurisprudentielles) joue un rôle majeur en droit administratif. Avant d'agir, il faut rechercher quel auteur (...) est à même de prendre telle ou telle mesure, question qui concerne d'une part les objets, les matières qui relèvent de sa compétence, de l'autre les territoires ou plus exactement les sujets sur lesquelles elle s'exerce »¹¹⁶. Les textes fixent des règles de compétences au sein de l'administration. « D'une part, ils décident quelle collectivité publique, *quelle personne morale*, peut intervenir dans tel ou tel secteur. (...) De même, le champ d'action des établissements publics est étroitement régi par la *spécialité* qui découle de leur statut. D'autre part, une fois délimitées les compétences respectives de ces diverses personnes morales, il faut déterminer *en leur sein* qui dispose du pouvoir de poser telle ou telle norme. (...) Ces différentes règles, en raison de leur rigidité, peuvent cependant se révéler inadaptées. Il faut donc

¹¹³ Article 1984 du code civil.

¹¹⁴ Article L. 6132-3 du CSP, II. : « L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques ».

¹¹⁵ Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 919.

¹¹⁶ Pierre-Laurent Frier, Jacques Petit, *Droit administratif*, Domat droit public, LGDJ, extenso éditions, 10^{ème} édition, 2015-2016, N° 558.

introduire une certaine souplesse dans le « jeu » des compétences »¹¹⁷. Le mécanisme essentiel est celui de la délégation. C'est la lecture combinée de la LMSS et du décret de 2016¹¹⁸ qui conduit à considérer que le transfert d'activité introduit par la loi est assimilable à une délégation de compétence¹¹⁹.

2/ Un transfert d'activité assimilable à une délégation de compétence aux effets juridiques incertains

L'article L. 6132-1-II du CSP dispose que le GHT « assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions et par le *transfert d'activités* entre établissements ». L'article L. 6132-2-II-3° évoque, pour sa part « les *délégations éventuelles d'activités* » et « le *transfert éventuel d'activités de soins* ». Les formulations utilisées n'ont pas de définition juridique et ont soulevé des questions lors de la parution de la loi : quel est le niveau de mutualisation attendu des fonctions déléguées ? Quels outils juridiques permettront la mise en œuvre de ces délégations de fonction ? Suite à la parution du décret de 2016 la coopération et la mutualisation ont davantage pris la forme d'un transfert obligatoire de fonctions. La notion de coopération a ainsi été largement remise en question. Le décret codifié à l'article R. 6132-1-II du CSP dispose en effet que « la convention détermine les compétences déléguées à l'établissement support ». C'est cette rédaction qui laisse supposer que la notion juridique à l'œuvre est celle de délégation de compétence¹²⁰. Une bascule s'est opérée entre transfert d'activités et délégation de compétences. Elle se confirme si l'on étudie les conditions qui doivent être réunies pour qu'une délégation soit régulière. La délégation doit d'abord « être prévue par un texte car en droit public, le titulaire d'une compétence n'en dispose pas »¹²¹. Elle doit dans un second temps

¹¹⁷ Idem.

¹¹⁸ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

¹¹⁹ Le concept de mandat aurait pu être retenu. Toutefois, dans le cadre de relations entre EPS, il semble plus adapté de s'appuyer sur la notion de délégation. En tout état de cause, dans un cas comme dans l'autre, il y a bien transfert de pouvoir.

¹²⁰ Comme l'écrit Sabrina Mokrani, « Dès lors, il est possible de considérer que le décret excède la compétence confiée par le législateur. L'article L. 6132-7 CSP précise qu'un « décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment (...) au 7°, les conditions de délégation de fonctions mentionnées à l'article L 6132-3 ». La formulation choisie par le législateur est celle de « délégation de fonction » et non de délégation de compétences ». Cf. Sabrina Mokrani, « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », *les cahiers de droit de la santé*, N°24, 2017, page 141.

¹²¹ Pierre-Laurent Frier, Jacques Petit, *Droit administratif*, Domat droit public, LGDJ, extenso éditions, 10^{ème} édition, 2015-2016, N° 558 et s.

« être expresse et précise pour qu'il n'y ait aucun doute, ni sur l'identité du délégataire, ni sur l'étendue des pouvoirs délégués »¹²². En troisième lieu, elle doit « être partielle, afin d'éviter que le délégant ne se dessaisisse de toute sa compétence »¹²³. Enfin, elle doit « être publiée, la répartition des compétences étant ainsi explicite aux yeux de tous et notamment des administrés »¹²⁴. L'étude des 4 critères constitutifs de la délégation semble confirmer le fait que le dispositif mis à l'œuvre avec le GHT est bien celui d'une délégation. Un texte prévoit et encadre le dispositif. En ce qui concerne le second critère, l'article R. 6132-1-II prévoit que la convention détermine les compétences déléguées à l'établissement support. De plus, la convention doit déterminer la durée des délégations et les modalités de leur reconduction expresse. Elle mentionne également les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support¹²⁵. Enfin, cette convention fait l'objet d'une publication par l'ARS. Les critères de la délégation sont donc *a priori* réunis. Cependant, au regard de l'acception habituelle en droit public de la notion de délégation, il est permis de s'interroger. « La doctrine s'accorde à dire que la délégation de compétence se fait en faveur d'un subordonné ou d'un adjoint. L'autorité supérieure, ne pouvant assurer à elle seule l'ensemble de ses missions, se décharge vers ses subordonnés »¹²⁶. Or, dans le cadre du GHT, il n'y a pas de lien de subordination. Tous les établissements ont le même statut juridique ; il s'agit d'établissements publics autonomes¹²⁷. Leur autonomie se manifeste à la fois financièrement et administrativement. A contre-courant, la reconnaissance d'une délégation irait dans le sens de l'instauration d'un lien hiérarchique, de subordination.

Il convient, du reste, de s'interroger sur la nature d'une telle délégation : s'agit-il d'une délégation de pouvoir ou de signature ? « Deux types de délégations sont traditionnellement opposés, bien que tous deux de nature réglementaire. La délégation

¹²² Idem.

¹²³ Idem.

¹²⁴ Idem.

¹²⁵ « Ces termes sont très précisément ceux de l'article R. 1111-1 du code général des collectivités territoriales, faisant application de l'article L. 1111-8 de ce même code. Cette disposition prévoit qu'« une collectivité territoriale peut déléguer à une collectivité territoriale relevant d'une autre catégorie ou à un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre une compétence dont elle est attributaire. Les compétences déléguées en application de l'alinéa précédent sont exercées au nom et pour le compte de la collectivité territoriale délégante ». Cf. Laurent Houdart, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue droit et santé*, Hors-série 2016, p106.

¹²⁶ Sabrina Mokrani, « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », *les cahiers de droit de la santé*, N°24, 2017, page 141.

¹²⁷ Cf. supra p. 3-4 et 22.

de signature est attribuée à une personne nommément désignée et disparaît lorsque le délégant ou le délégataire changent de fonctions. Surtout, elle ne dessaisit pas le délégant qui à tout moment peut intervenir et signer l'acte. La décision est donc prise au nom du délégant (le délégataire est transparent) et il n'y a pas de modification de l'ordre des compétences. A l'inverse, la délégation de pouvoir (de compétences) est attribuée à une personne abstraite, ès qualité, et subsiste en cas de changement de titulaire. Le délégant est dessaisi de sa compétence qu'il ne peut plus exercer sauf à retirer au préalable la délégation, solution complexe. Enfin, le délégataire agit en son nom propre et non celui du délégant. Il y a donc un véritable transfert »¹²⁸. Le recours à l'expression « pour le compte de... » aurait tendance à traduire une délégation de signature ; délégation pour laquelle on recourt généralement à l'expression « au nom et pour le compte de... ». Cela signifierait que les établissements parties gardent une compétence dans les domaines transférés et conservent leur responsabilité. A l'inverse, le fait de considérer qu'il s'agit d'une délégation de compétence emporte les conséquences suivantes : les établissements parties n'exercent plus de compétences sur les missions transférées, l'établissement support devient responsable des engagements pris pour le compte des établissements parties. Cette approche se traduit clairement par une atteinte à l'autonomie des établissements parties. L'absence dans les parties législative et réglementaire de l'expression « au nom de... » ainsi que la gestion par un seul établissement de fonctions et d'activités font pencher pour une qualification en délégation de compétence. S'agissant d'un dessaisissement au profit d'un autre établissement, le transfert de compétences apparaît, de plus, caractérisé. Et, ce transfert emporte transmission de droits et obligations¹²⁹.

Ce transfert d'activité en matière de ressources humaines médicales s'apprécie au regard de l'instauration par la LMSS de deux outils complémentaires que sont l'équipe médicale de territoire et les pôles inter établissements.

¹²⁸ Pierre-Laurent Frier, Jacques Petit, *Droit administratif*, Domat droit public, LGDJ, extenso éditions, 10^{ème} édition, 2015-2016, N° 558 et s.

¹²⁹ Ce dispositif entre coopération et délégation interroge clairement sur l'autonomie des établissements parties. Celle-ci semble remise en cause au profit d'un « dispositif hybride de pré-fusion ». Cf. Laurent Houdart, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue droit et santé*, Hors-série 2016, p106.

B - L'instauration de deux outils complémentaires : équipe médicale de territoire et pôles inter établissements

Le volet législatif de la réforme mentionne deux outils de structuration, de coordination et de gouvernance au niveau des équipes médicales, à l'échelle du territoire : les équipes médicales de territoire (1) et les pôles inter établissements (2).

1 - L'équipe médicale de territoire

Avant la mise en place du GHT, les directions communes et les fédérations médicales inter-hospitalières permettaient déjà la mise en place d'équipes de territoire. Avec la LMSS¹³⁰, l'équipe médicale de territoire s'inscrit clairement dans la logique du PMSP de territoire. Le rapport intermédiaire de la mission Hubert-Martineau considérait d'ailleurs que « le projet médical partagé a vocation à être un véritable référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. En effet, organiser une prise en charge hospitalière territorialisée suppose nécessairement de se donner les moyens de mettre en place des équipes inter établissements »¹³¹. Il s'agit de dépasser les freins, liés à l'existence d'établissements distincts, en créant les conditions d'une prise en charge décloisonnée et continue entre équipes médicales. Le PMSP intègre aussi des modalités de prise en charge homogènes au moyen de la constitution de ces équipes territoriales. Il est le support de la collégialité et du travail d'équipe. L'équipe médicale de territoire a une vocation qualitative *via* l'homogénéisation des protocoles de prise en charge et une vocation sécuritaire *via* l'apport d'expertise auprès de professionnels isolés. Le PMSP est indissociable de la constitution de ces équipes ; « il paraît illusoire de penser qu'un projet médical partagé pourra se mettre en œuvre, dans toutes les spécialités, sans l'émergence de collectifs de territoire, là où des besoins auront été identifiés »¹³².

La LMSS prévoit que la convention constitutive définit les modalités de constitution des équipes médicales communes. Concrètement, sur le terrain, des questions se sont posées : l'équipe médicale de territoire est-elle commune ? ou est-

¹³⁰ Article L 6132-2 -II – 4° du CSP.

¹³¹ Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, « Mission groupements hospitaliers de territoire », rapport intermédiaire, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Mai 2015, 52 pages.

¹³² Idem.

elle rattachée à l'établissement support désigné au sein du GHT ? En réalité, il n'est pas nécessaire que les praticiens de cette équipe appartiennent à 2 établissements ou plus. « Il est au contraire envisageable que l'équipe médicale d'un établissement assure l'ensemble des prises en charge par spécialité, y compris en intervenant sur un plateau technique d'autres établissements identifiés du territoire »¹³³. Au-delà de cette précision, la question demeure : qu'est-ce qu'une équipe médicale de territoire ? Il n'existe pas de définition juridique de l'équipe médicale de territoire. En fait, cette équipe est une équipe de praticiens intervenant dans le cadre d'une filière identifiée dans le cadre du PMSP de GHT coordonnée par un responsable médical, dotée de moyens spécifiques et qui assument la responsabilité de l'organisation de leurs missions sur plusieurs établissements dans le cadre d'une harmonisation de leurs pratiques et d'une organisation de la gradation des soins entre les différents sites. Ces équipes médicales communes peuvent ne pas concerner exclusivement les personnels médicaux et relever plutôt de l'équipe de territoire.

D'un point de vue juridique, la constitution de l'équipe médicale de territoire peut se mettre en œuvre selon différentes modalités. Il peut s'agir d'un ou plusieurs postes partagés, de la mise en place d'une fédération médicale inter-hospitalière ou aller jusqu'à la constitution d'un pôle inter-établissement. Cette mise en place peut donc se traduire par l'élaboration et la signature d'une convention¹³⁴. Celle-ci définira notamment les modalités de gouvernance. Il importe de souligner combien la question des modalités de coordination revêt une importance particulière. Les *scenarii* sont différents selon que l'équipe médicale de territoire réunit des praticiens de services distincts ou qu'elle s'organise au sein d'un service unique. Dans le premier cas, il est souvent mis en place un dispositif souple type binôme de coordination. Et, la question est alors de savoir s'il faut privilégier la désignation de professionnels de l'établissement support ou non et comment s'organise cette désignation¹³⁵. Dans le cas de la mise en place d'un service unique composé de praticiens d'un ou plusieurs

¹³³ Guillaume Pradalie, « constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH*, Février 2016, p.10.

¹³⁴ Cf. en annexe 1 et 2 la convention constitutive de l'équipe médicale territoriale de médecine d'urgence du groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne et le règlement intérieur annexé. Il est intéressant de noter que la convention constitutive est signée des seuls directeurs des établissements du GHT.

¹³⁵ Cf. le règlement intérieur de l'équipe médicale territoriale de médecine d'urgence du groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne, article 2 : « Le Coordonnateur médical - désignation : Praticien désigné par le directeur de l'établissement support du GHT sur proposition du collège médical du GHT, parmi les praticiens membres du copil ; désignation entérinée en COSTRAT du GHT ». Et, article 3, « Le directeur référent - désignation : désigné par le directeur de l'établissement support du GHT, validation en COSTRAT ».

établissements, il convient de se référer au fonctionnement habituel et de désigner un chef de service (par exemple, par mise à disposition d'un temps défini d'un praticien de l'équipe médicale de territoire, par constitution d'un pôle de territoire). Dans ce cas de figure, l'enjeu porte bien entendu sur la gestion des tableaux de service mais plus encore sur le recrutement des praticiens du service. La mise en place d'équipes médicales de territoire suppose d'être vigilant sur le nombre de sites concernés, les modalités d'intervention dans le cadre de l'équipe médicale de territoire, les moyens mis à disposition, la définition des objectifs, notamment en termes de prise en charge des patients. En ce qui concerne les modalités d'intervention des praticiens, le volontariat semble difficile à contourner et les praticiens engagés dans ces projets expriment souvent avec force leur attachement à ce principe. Concrètement ce positionnement signifie que l'exercice multisites prend la forme de postes partagés (avec mise à disposition pour une quotité définie de temps de travail) ou d'interventions ponctuelles.

En définitive, ces équipes sont une opportunité indéniable de porter une organisation territoriale des soins. Elles pourront également être le préalable à une nouvelle intégration des établissements : direction commune ou fusion. Quoi qu'il en soit, leur développement s'articule avec la mise en place des pôles inter établissements ; leur maturité étant sans conteste le préalable à la constitution de ces derniers.

2 - Les pôles inter établissements

De la même manière que pour les équipes médicales de territoire, il est prévu que la convention constitutive définisse, le cas échéant, les modalités de constitution des pôles inter établissements¹³⁶. Ainsi, la LMSS dans son article L. 6132-2-II prévoit que « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : 4°

¹³⁶ A noter : le rapport de fin de mission Hubert-Martineau remis en février 2016 préconisait la mise en place de pôles inter-établissements alors que le rapport de la mission d'évaluation du fonctionnement des pôles remis un an plus tôt, en mars 2014, concluait : « il est apparu à la mission nécessaire de réaffirmer que la notion de pôle doit de manière privilégiée être réservée à l'organisation interne des établissements, ce qui n'exclut pas la mise en œuvre des pôles territoriaux prévus aujourd'hui par la loi dans le cadre des CHT ». Cf. Philippe Domy, Guy Moulin, Denis Frechou, Frédéric Martineau, Christian Müller, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières », Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2014, 32 pages et Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, « Mission Groupements hospitaliers de territoire – rapport de fin de mission », *Ministère des affaires sociales et de la santé*, février 2016, 51 pages.

L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ».

A la publication de la loi, des questions se posaient cependant sur les modalités de mise en œuvre de cette faculté : Comment désigner le chef de pôle de territoire ? Quelles fonctions lui attribuer ? Est-ce que cette mise en place suppose un contrat de pôle de territoire ? Le décret du 27 avril 2016 est venu apporter des réponses. L'article R. 6132-19 du CSP précise, d'une part, qu' « Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment : constituer un pôle inter-établissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ». Et, l'article R. 6146-9-3 décrit, d'autre part, les modalités de fonctionnement des pôles inter-établissements, qui sont calquées sur celles des pôles des établissements : « Le chef de pôle inter-établissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire »¹³⁷.

En ce qui concerne l'élaboration d'un contrat de pôle, « après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle inter-établissement signent un contrat de pôle »¹³⁸. Ce contrat de pôle est contresigné par le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. En pratique, cela soulève la question du contenu des contrats de pôles, au regard notamment de ce qui a, par le passé, été mis en œuvre dans les établissements où leur signature comme leur contenu étaient variables¹³⁹. C'est plus encore sur le dispositif de délégation de gestion que portent

¹³⁷ Article R. 6146-9-3 du CSP.

¹³⁸ Idem.

¹³⁹ On peut ainsi lire dans le rapport de la mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé : « Cette variabilité concerne, au premier chef, les contrats que les chefs de pôles signent avec la direction de l'établissement. Si ceux-ci semblent quasiment généralisés dans les hôpitaux les plus importants, la formalisation de ces échanges décroît en fonction de la taille de l'établissement : ainsi, les hôpitaux

les interrogations. Les textes sont silencieux à ce sujet qui constitue pourtant un des éléments majeurs du fonctionnement des pôles des établissements. Il semble toutefois difficile à matérialiser et à transposer juridiquement à l'échelle du GHT¹⁴⁰. En effet comment mettre en œuvre une délégation de gestion et l'affectation de moyens au pôle ? Une telle délégation signifierait que via le contrat, le directeur de l'établissement support agit pour le compte de chaque établissement concerné et peut donc organiser une délégation de gestion et l'affectation de moyens ne relevant pas du seul établissement support. Ce transfert prend davantage corps avec la loi du 24 juillet 2019 pour la gestion des ressources humaines médicales mais reste flou pour les autres personnels et l'attribution éventuelle d'autres moyens non compris dans le champ de la délégation de compétence évoquée ci-dessus.

Quant au dispositif de projet de pôle, il est, lui aussi, transposé au pôle inter-établissements. L'article R. 6146-9-3 du CSP prévoit : « Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent ». Cette disposition pose la question des modalités d'articulation entre les pôles d'établissement et les pôles inter-établissements en cas de mise en place de ces derniers ; question que les textes n'évoquent pas. Les deux niveaux ont-ils vocation à perdurer ? « Il paraît difficile de concevoir qu'un service puisse être à la fois dans un pôle hospitalier et dans un

de taille plus modeste ont moins systématisé ces outils. (...) Lorsqu'ils existent, le contenu de ces contrats semble également variable.» in Philippe Domy, Guy Moulin, Denis Frechou, Frédéric Martineau, Christian Müller, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières », *Ministère des affaires sociales et de la santé*, mars 2014, 32 pages.

¹⁴⁰ Au niveau des établissements, il est intéressant de noter que le rapport susvisé met en exergue une variabilité encore plus grande des organisations mises en œuvre concernant les délégations de gestion. On y lit : « Si chaque établissement doit rester maître, dans le dialogue de gestion qu'il entretient avec les pôles qui le composent, du niveau de délégation qui semble le plus approprié à sa situation, ce sujet semble compter, dans le bilan du fonctionnement des pôles, parmi ceux qui cristallisent les débats les plus denses entre les différents acteurs concernés. (...). En tout état de cause, la mission déplore que les principes de subsidiarité qui avaient présidé à la création des pôles soient peu appliqués. Beaucoup d'établissements estiment que leurs pôles ne sont pas prêts pour une large délégation. (...) Néanmoins, une large délégation pourrait entrer en conflit avec la nécessaire globalisation de la gestion des établissements confrontés à des difficultés financières dans un contexte national tendu. La nécessité de faire des choix à l'échelle d'un établissement est évidemment un facteur limitant la confiance accordée aux équipes pour exercer elles-mêmes des arbitrages difficiles. La subsidiarité peut toutefois avoir des vertus pédagogiques et de responsabilisation individuelle. Le pôle ne peut pas obtenir de résultats s'il n'a pas les moyens d'appliquer sa politique propre en cohérence avec celle de l'établissement. La gouvernance des hôpitaux est donc confrontée à une situation paradoxale qui revient à vouloir donner une plus grande autonomie, facteur de dynamisation et d'attractivité à exercer des responsabilités et ne pas prendre de risque, quand elle-même est de plus en plus soumise à la contrainte de la tutelle ».

pôle inter-établissement. Il s'agirait donc de pouvoir recomposer progressivement la gouvernance des structures internes au niveau territorial afin de permettre une efficacité de ces nouvelles frontières »¹⁴¹.

En ce qui concerne le rôle du chef de pôle inter-établissement, il a, comme le chef de pôle d'un établissement, autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissement. Autrement dit, il bénéficie de l'autorité fonctionnelle sur les professionnels du pôle, quel que soit l'établissement employeur de ces professionnels. A ce titre, « Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle »¹⁴². Son rôle dans le management à l'hôpital est, par conséquent, essentiel. Les chefs de pôles sont pensés comme de véritables managers d'équipe. Néanmoins, sur le terrain, ils peuvent parfois rencontrer des difficultés avec le volet managérial de leur métier. Le risque est d'autant plus grand qu'avec le GHT, il y a un changement de dimension qui peut amplifier les difficultés. Il reviendra alors au directeur de l'établissement support et au président de la CME de groupement de désigner des chefs de pôles dont les aptitudes et les compétences managériales seront avérées. Qui plus est, il conviendra certainement de renforcer à l'avenir les moyens mis à leur disposition en termes de formation. Aujourd'hui, celle-ci est axée sur la gestion budgétaire et financière, la GRH, la qualité et la gestion des risques. Demain, l'aspect territorial de la mission, la communication, la négociation seront à intégrer dans les programmes de formation. Il y a là un véritable enjeu de gestion des ressources humaines. Enfin, il importe de noter que la loi du 24 juillet 2019 modifie de manière importante le rôle des chefs de pôle en faisant évoluer la gouvernance médicale territoriale¹⁴³.

¹⁴¹ Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire, décideur santé, LEH édition, 2017, p.162.

¹⁴² Idem.

¹⁴³ Cf. infra p. 76 et suivantes, 2^{ème} partie, 2^{ème} chapitre, section 1.

Les analyses précédemment réalisées sur la taille critique des pôles ou encore les pôles multi-sites ou transversaux pourront être utiles pour envisager la constitution de pôles inter-établissements. Le rapport réalisé en 2014 par la mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé¹⁴⁴ a, ainsi, conclu que : « les pôles constitués doivent atteindre une taille critique suffisante pour permettre les gains attendus de la mutualisation, mais leur taille doit demeurer limitée pour éviter qu'ils ne deviennent « ingouvernables » ». Ce point relatif à la taille des pôles inter-établissement semble d'autant plus important que le pôle sera par définition multi-site. A ce sujet, on peut lire dans le rapport cité ci-dessus que « Dans les établissements multi-sites, des pôles multi-sites et transversaux ont pu être mis en place. Ils ne paraissent pas limitants pour développer un projet médical de pôle et n'entravent pas réellement la dimension de gestion. Si toutefois, il est vrai que ceux-ci ne favorisent pas les transferts de moyens en personnels, il a été noté qu'ils peuvent trouver une vraie logique médicale constituée autour de parcours de soins complémentaires ou de logiques de contigüité fonctionnelle de disciplines ». Cela laisse à penser que le pôle inter-établissements trouvera son sens autour d'une logique médicale avant toute chose, comme ce fût le cas pour la constitution des pôles des établissements, au service de laquelle les aspects de gestion des ressources humaines interviendront ensuite. Au regard de ce qui vient d'être dit ci-dessus, il est du reste probable que le pôle inter-établissements soit supporté plus particulièrement par l'établissement support. C'est d'ailleurs ainsi que la mission GHT envisageait leur mise en œuvre¹⁴⁵.

En définitive, ces pôles sont prévus comme un outil parmi d'autres permettant de faciliter le pilotage du GHT. L'objectif est de structurer un management territorial d'activités cliniques et/ou médicotechniques, au moyen de la gouvernance polaire¹⁴⁶. Toutefois, leur constitution n'est pas obligatoire. La situation instaurée est par conséquent la même qu'au temps des communautés hospitalières de territoire avec

¹⁴⁴ Philippe Domy, Guy Moulin, Denis Frechou, Frédéric Martineau, Christian Müller, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières », *Ministère des affaires sociales et de la santé*, mars 2014, 32 pages.

¹⁴⁵ « Bien qu'associant des professionnels de différents établissements, le pôle inter-établissement doit être supporté par l'établissement support » in Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, « Mission Groupements hospitaliers de territoire – rapport de fin de mission », Ministère des affaires sociales et de la santé, février 2016, p. 18. Cela fait écho aux modalités de désignation du chef de pôle inter-établissements par le directeur de l'établissement support.

¹⁴⁶ L'enjeu d'association des professionnels au sein de pôles inter-établissements sera lui aussi crucial, et ce d'autant plus, que ce point était déjà un point d'achoppement au sein des pôles des établissements.

les pôles de territoire. Les pôles inter-établissements sont finalement peu mis en œuvre. Les perspectives ouvertes avec la loi du 24 juillet 2019 renforceront la possibilité de les mettre en œuvre pour les médecins. La question reste toutefois posée des modalités d'organisation pour les personnels soignants et les autres personnels.

Au-delà des nombreuses questions en suspens, l'aspect facultatif des outils proposés par la LMSS explique sans aucun doute leur faible niveau de mise en œuvre, jusqu'à aujourd'hui.

Section 2 - Des instruments peu mis en œuvre

Malgré la mise en œuvre d'un nombre considérable de dispositifs incitatifs (A), la mutualisation des ressources humaines médicales ne s'est pas généralisée (B).

A - Malgré des dispositifs incitatifs...

Au premier rang des dispositifs incitatifs, apparaît l'appel à projet national pour la mise en œuvre des PMSP (1). Il a, du reste, été précédé d'autres dispositifs : un plan national d'accompagnement de la constitution des GHT et une aide à la contractualisation (2).

1 - L'appel à projet national pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés dans les GHT

En 2017 un appel à projet a été lancé afin de favoriser la mise en œuvre des PMSP. Alors que l'accompagnement national a majoritairement soutenu l'élaboration des projets médicaux et projets de soins partagés des GHT attendus pour l'été 2017, cet appel à projet vise à présent à appuyer la mise en œuvre opérationnelle de ces projets. Il s'agit de transformer les orientations stratégiques des GHT en réalisations concrètes. L'appel à projet porte sur 16 thématiques, 12 concernant la mise en place d'organisations cliniques et soignantes ; 4 la convergence des systèmes

d'information¹⁴⁷. Doté de **25 millions d'euros** pour l'année 2018, il permet un intéressement forfaitaire des GHT, selon un barème national, défini dans l'instruction, pour les GHT atteignant des résultats opérationnels avant la fin de l'année 2018. L'un des enjeux est en effet de permettre aux GHT de concrétiser leurs projets médico-soignants partagés élaborés en 2017.

Sur les 1 020 projets déposés par 130 GHT, 376 concernant 125 GHT ont été sélectionnés par les agences régionales de santé (ARS). 66 % des projets retenus portent sur la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé du GHT (thématiques 1 à 12) et 37 % sur les systèmes d'information (thématiques 13 à 16). Plus précisément, La moitié des projets retenus concerne 5 thématiques parmi les 16 :

- ✓ L'organisation en commun des activités médico-techniques (biologie, pharmacie et imagerie)¹⁴⁸,
- ✓ La mise en place d'équipes médicales de territoire,
- ✓ L'outillage en système d'information des fonctions supports mises en commun au sein du GHT,
- ✓ L'approfondissement du schéma directeur du système d'information du GHT,
- ✓ La mise en place d'un management territorial de la qualité.

En lien avec la gestion des ressources humaines médicales, figuraient également parmi les thèmes : la mise en place d'un pôle inter-établissement, la mise en place

¹⁴⁷ INSTRUCTION N° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire.

¹⁴⁸ L'instruction précise de manière intéressante à ce sujet que « Les établissements parties au GHT disposent d'une grande liberté pour définir les modalités de l'organisation en commun de ces activités. Cette organisation en commun peut recouvrir différentes hypothèses, à savoir :

- La réflexion partagée sur l'activité de chaque établissement partie, destinée à faire converger les pratiques professionnelles sans pour autant induire forcément de mutualisation des moyens. Cela peut se traduire par des réunions communes, une réflexion commune sur la démarche d'assurance qualité, des comptes-rendus d'examens homogènes et partagés, etc.

- La mutualisation des moyens : équipements, compétences humaines, systèmes d'information, services logistiques, etc.

- La redéfinition du partage d'activité entre les sites, en cohérence avec la gradation organisée pour les activités cliniques prescriptrices des examens médico-techniques.

Pour la biologie, cela pourra éventuellement se traduire par la mise en place d'un laboratoire commun, lequel pourra être mono-site ou multi-site. Pour la pharmacie, cela pourra prendre la forme de sous-traitances entre pharmacies ou donner lieu à la mise en place d'une pharmacie à usage intérieur commune. Selon les hypothèses, cela peut se mettre en œuvre dans le cadre d'un pôle inter-établissement ou d'une fédération médicale inter-hospitalière. Cette organisation en commun peut donc potentiellement donner lieu à une réorganisation des plateaux médico-techniques ».

d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicaux de territoire, la création de nouveaux métiers territoriaux autour de la coordination de parcours. Avant 2017, d'autres dispositifs incitatifs avaient d'ores et déjà vu le jour.

2 - Le plan d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT

Un plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT a été initié dès 2016. Celui-ci repose sur cinq modalités d'accompagnement :

- La mise à disposition d'un outillage composé d'une quinzaine de guides¹⁴⁹, modèles de documents, foires aux questions ont été produits ;
- Des appuis opérationnels par des équipes expertes sur des thématiques variées ont été mis en œuvre : près de la moitié des GHT ont ainsi déjà pu bénéficier d'appuis opérationnels pour élaborer leur projet médical partagé et préparer les mises en commun de certaines fonction support ;
- La publication de retours d'expérience sur des organisations et démarches innovantes, par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ;
- Des actions de formation organisées par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) ;
- Des mesures d'accompagnement professionnel (coaching et co-développement) à destination des personnels gérés par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

En complément de cet appui, 12,5 millions d'euros de crédits d'aide à la contractualisation ont été délégués en 2016. Ces fonds ont permis de couvrir certains coûts d'amorçage de la réforme, très majoritairement pour acheter des prestations d'appui opérationnel complémentaires. D'autres dispositifs ont également été utilisés. Ainsi l'ARS Bretagne a eu recours aux contrats hospitaliers de territoire (CHT)¹⁵⁰ afin d'apporter un soutien financier aux établissements parties à un GHT en vue de favoriser le déploiement des PMSP de GHT. Les 10 établissements publics de santé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute Bretagne ont notamment signé un CHT avec l'ARS Bretagne en 2018. Ce soutien financier de l'ARS Bretagne, sur

¹⁴⁹ Cf. par exemple, « Vade-mecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement / GHT mode d'emploi en 15 points clés », Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, mai 2016, 73 pages.

¹⁵⁰ Cf. annexe 3 : communiqué de presse relatif au Contrat hospitalier de Territoire entre le GHT de Haute Bretagne et l'ARS Bretagne.

cinq ans, favorise le déploiement du PMSP du GHT afin de mieux répondre aux enjeux de santé du territoire. Ce CHT, utilisé comme un outil régional au service de la stratégie territoriale d'offre de soins, a permis d'accompagner les mesures suivantes :

- ✓ L'aide à la structuration et/ou au développement d'une filière de soins *via* des temps médicaux partagés ;
- ✓ Le soutien à certains investissements pour les établissements membres du GHT ;
- ✓ La mutualisation de certaines fonctions supports au sein du GHT.

B -...Une mutualisation non généralisée

En 2019, le constat d'une mutualisation non généralisée peut être dressé. Il s'explique, pour partie, par les inquiétudes et interrogations qui perdurent en pratique (1) et porte en germe les évolutions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ¹⁵¹ (2).

1 - Des inquiétudes et des interrogations qui perdurent en pratique

Sur le terrain, les professionnels ayant la charge de mettre en application la réforme depuis 2016 ont exprimé des interrogations voire des inquiétudes dont la doctrine et la presse professionnelle se sont largement fait l'écho. Il est, par exemple, possible de citer Jacques Hardy qui écrit, en mai 2017, au sujet du GHT « (...) il apparaît donc que ce dispositif fortement balisé par le pouvoir réglementaire comporte encore des faiblesses et recèle, pour ceux qui ont la charge de le mettre en œuvre, des sources d'inquiétudes »¹⁵² ou encore Sabrina Mokrani : « Les incertitudes qui habitent les professionnels de l'hospitalisation publique ne feront que nuire à la coordination du projet »¹⁵³. Dans la même veine, des directeurs d'hôpitaux ont pu écrire quant à la

¹⁵¹ La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

¹⁵² Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 927.

¹⁵³ Sabrina Mokrani, « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », *les cahiers de droit de la santé*, N°24, 2017, page 148.

réforme qu'elle pouvait « (...) constituer des motifs d'inquiétude légitime pour les équipes concernées (...) »¹⁵⁴. Jean-Marie Barbot et Julien Rossignol évoquent, de leur côté, en conclusion de leur ouvrage : « pour ceux qui en doutaient encore, les résultats de l'enquête, présentés lors de son congrès national par le syndicat des managers publics de santé (SMPS) le 22 juin 2017, révèlent l'inquiétude croissante de ceux qui doivent, sur le terrain et au quotidien, porter la réforme. Trois chiffres illustrent ce mal-être :

- ✓ 73 % des dirigeants et cadres interrogés considèrent que le GHT n'offre pas un cadre juridique et fonctionnel adapté ;
- ✓ 64 % considèrent que les GHT ont vu altérer leurs conditions de travail ;
- ✓ 67 % déclarent ne pas avoir une vision claire de leur avenir.¹⁵⁵»

En synthèse, les GHT depuis leur naissance en 2016 sont source d'interrogations. Ces dernières sont, pour partie, liées aux incertitudes dans l'interprétation des textes, notamment en ce qui concerne la répartition des responsabilités entre l'établissement support et les établissements parties en fonction des différents types de délégation. Dans le domaine des ressources humaines médicales, les inquiétudes sont majorées par l'hétérogénéité des pratiques en matière statutaire et plus encore par les enjeux attachés à la gestion du personnel médical, clé de la stratégie de développement des établissements.

Face à ces préoccupations, le constat d'un développement limité de la mutualisation des ressources humaines médicales peut être établi.

2 - Un développement limité portant en germe les évolutions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Si certains groupements, sur la base du volontariat, ont mis en commun la gestion de leurs ressources humaines médicales, il ne s'agit pas de la majorité. On peut par exemple citer le cas du groupement hospitalier de territoire Rhône-Nord-Dombes-Beaujolais qui a mis en place une direction des affaires médicales de groupement, facilitée par l'existence d'une direction commune¹⁵⁶. Les difficultés qui

¹⁵⁴ Guillaume Pradalie, « constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH*, Février 2016, p.13.

¹⁵⁵ Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, décideur santé, LEH édition, 2017, p.195.

¹⁵⁶ Étude d'impact du projet de loi relatif à la transformation et à l'organisation du système de santé, 13 février 2019, p.82.

existaient avant 2016 perdurent en matière de concurrence inter-établissements sur les stratégies de recrutement, alors même que le projet médical et soignant prévoit une organisation commune. Il en est de même en ce qui concerne le manque de coordination sur les perspectives et les carrières offertes aux professionnels ; ou encore, quant à la perte d'attractivité de certains postes. Dans les faits, depuis 2016, les postes partagés se sont développés, à la faveur notamment du financement par les ARS de postes d'assistants spécialistes partagés (ASP)¹⁵⁷, quelques équipes médicales de territoires ont vu le jour. Si on se réfère aux suites de l'appel à projet précédemment évoqué, le constat est le suivant : sur les 376 projets retenus, une dizaine porte sur les pôles dont 33 % sont considérés aboutis ; 37 sont relatifs aux équipes médicales de territoire dont seuls 6 sont achevés (représentant moins de 5 % des groupements) ; 21 portent sur la gestion prévisionnelle des emplois dont seuls 9 sont achevés (soit moins de 7 % des groupements hospitaliers de territoire)¹⁵⁸. Les établissements n'ont, par conséquent, pas franchi le cap de la mutualisation des ressources humaines médicales.

Comme nous le verrons ultérieurement¹⁵⁹, et comme en attestent aussi bien l'étude d'impact préalable à la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé et l'exposé des motifs de cette loi, cette absence de généralisation de la mutualisation des ressources humaines médicales motive en partie les évolutions législatives de 2019. La stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 » intègre, en effet, cinq chantiers prioritaires dont l'un porte sur le volet ressources humaines médicales et illustre clairement la volonté politique d'aller vers davantage d'intégration dans les organisations médicales et soignantes. Ce mouvement intégratif passe par l'inscription, au sein de la nouvelle loi de santé relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, de l'obligation de mutualiser les ressources humaines médicales.

¹⁵⁷ Par exemple, dans le cadre de la campagne 2017-2018, l'ARS Bretagne a financé 53 postes d'assistants spécialistes partagés sur la subdivision d'internat du CHU de Rennes. Parmi ces postes, 24 postes étaient partagés entre les établissements du GHT Haute Bretagne.

¹⁵⁸ Données présentées en comité de suivi des GHT, septembre 2018, Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins.

¹⁵⁹ Cf infra p. 81 et suivantes.

Deuxième partie - ... à l'obligation de mutualiser les ressources humaines médicales au sein des GHT.

La loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé¹⁶⁰ modifie le livre premier de la sixième partie du code de la santé publique en complétant le premier de l'article L. 6132-3 du CSP. Elle intègre ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2021, la mutualisation des ressources humaines médicales à la liste des fonctions assurées pour le compte des établissements parties au groupement par l'établissement support désigné par la convention constitutive¹⁶¹. Le législateur, face à la récurrence des difficultés, a préféré opter pour l'instauration d'une obligation légale plutôt que de laisser une marge d'action aux professionnels de terrain. Ces nouvelles dispositions législatives ont une incidence, en premier lieu, sur les ressources humaines médicales, elles-mêmes (Chapitre 1) mais également sur la gouvernance du GHT et des établissements parties ainsi que sur leur niveau d'intégration (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Les impacts de l'acte II du GHT sur les ressources humaines médicales

D'un point de vue juridique, l'article 37 de la récente loi étend donc le procédé de transfert aux ressources humaines médicales au profit de l'établissement support (Section 1). D'un point de vue pratique, cette évolution législative a plusieurs effets opérationnels au sein des GHT (Section 2).

Section 1 – Les effets juridiques de l'extension aux ressources humaines médicales du transfert de fonction au profit de l'établissement support

L'extension aux ressources humaines médicales du transfert de fonction au profit de l'établissement support vient confirmer, d'un point de vue juridique, la création

¹⁶⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

¹⁶¹ Article 37, 3° de la loi suscitée : « Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 5° ainsi rédigé : 5° La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. »

d'une délégation de compétence obligatoire en matière de ressources humaines médicales (A). Il importe de noter, qu'à l'appui de cette évolution, la loi introduit un assouplissement majeur de la gestion des ressources humaines médicales (B).

A - Une délégation de compétence obligatoire

Le législateur semble avoir hésité quant au caractère obligatoire ou non de la mutualisation en matière de ressources humaines médicales. Sa position a fluctué au cours des débats parlementaires pour s'arrêter sur l'instauration d'une obligation (1). Ce choix pose la question de la cohérence de cette obligation avec la démarche de mise en place d'équipes médicales de territoire qui reste, quant à elle, facultative (2).

1 - La confirmation d'une délégation de compétence obligatoire à l'issue des débats parlementaires

Après présentation en Conseil des ministres, le 13 février 2019, du projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé, préalablement soumis à l'avis du Conseil d'État¹⁶², l'article 10 – I – 3 °, adopté conforme par les députés, était ainsi rédigé : « Le I de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique est complété par un 5° ainsi rédigé : 5° : La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement ». Il s'agissait par conséquent d'instaurer, sans ambiguïté, une obligation de mutualisation des ressources humaines médicales. La lecture de l'étude d'impact¹⁶³ est à cet égard particulièrement éclairante. On peut y lire : « Le facteur commun des modifications et ajouts opérés par le présent article est un gain en mutualisation et en

¹⁶² Avis du CE, séance du 7 février 2019. On y lit au sujet des Groupements hospitaliers de territoire : Les GHT « issus de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ont pour objet de favoriser l'accès à des soins sécurisés et de qualité, en promouvant une meilleure complémentarité entre les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le projet de loi entend renforcer la dynamique de coopération et d'intégration en prévoyant l'établissement d'une stratégie médicale des groupements, en mutualisant la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, et en rendant possible une intégration plus poussée, pour les groupements volontaires et disposant des capacités suffisantes, dans les domaines de la trésorerie, de l'investissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il institue une commission médicale de groupement dans chaque GHT.

Le Conseil d'État constate que ces dispositions ne se heurtent à aucun obstacle de nature constitutionnelle ou conventionnelle ».

¹⁶³ Étude d'impact de l'avant-projet de loi, dossiers législatifs consultables sur Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr> ou sur <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl1681-ei.pdf>).

intégration, cohérent avec la mise en œuvre d'une stratégie médicale commune robuste, rendant possible un fonctionnement plus lisible, et des filières de soins plus efficaces (...). Il s'agit de mieux armer les groupements hospitaliers de territoire pour la mise en œuvre d'organisations cliniques communes. Cette gestion transférée doit permettre une harmonisation de la politique ressources humaines dans le champ médical, afin d'éviter les concurrences inter-établissements partie à un même groupement, en matière de recrutement, d'attractivité ou de rémunération. Elle a vocation également à développer une vision prospective des postes à l'échelle du territoire, ce qui permettra d'optimiser la gestion des parcours professionnels des personnels concernés, et, partant, l'attractivité et la fidélisation de ceux-ci »¹⁶⁴. Dans le même ordre d'idées, l'exposé des motifs du projet de loi indique qu'un « même mouvement doit présider à l'évolution des carrières, notamment à l'hôpital, qui doivent être plus diversifiées et plus attractives ».

Puis le texte a été modifié par le Sénat, en première lecture, le 11 juin 2019. L'approche des sénateurs s'est montrée divergente de celles des députés sur le volet ressources humaines médicales puisque l'article 10, sous la plume sénatoriale, a connu les évolutions suivantes : « Le premier alinéa du II de l'article L. 6132-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : Il peut également assurer pour le compte des établissements parties la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale de groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement ». Le Sénat a, en d'autres termes, prévu un droit d'option sur le sujet des ressources humaines médicales.

En définitive, après un accord obtenu sans grande difficulté en commission mixte paritaire (CMP)¹⁶⁵, le 20 juin 2019, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été adopté par les députés le 10 juillet 2019. Les sénateurs l'ont entériné à leur tour le 16 juillet. Le texte voté par le parlement a,

¹⁶⁴ Cf. étude d'impact de l'avant-projet de loi, dossiers législatifs consultables sur Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr> ou sur <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl1681-ei.pdf>).

¹⁶⁵ Cf. le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé ; texte élaboré par la CMP n° 2064-A0 consultable en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r2064-a0.pdf> ainsi que les comptes rendus des séances à l'Assemblée nationale et au Sénat en date, respectivement, des 10 et 16 juillet consultables en ligne :

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/cr/2018-2019-extra/20191010.asp#P1802340>

https://www.senat.fr/seances/s201907/s20190716/s20190716_mono.html#Niv1_SOM4.

en définitive, retenu la rédaction initiale du gouvernement¹⁶⁶. De ce fait, en sus, des quatre activités d'ores et déjà déléguées à l'établissement support, figurent désormais les ressources humaines médicales. Il s'agit de transformer en profondeur le modèle de GRH médicale à l'hôpital. Le projet de loi retire aux établissements parties au GHT la liberté de donner – ou refuser – leur accord à une délégation de compétences pour leur compte au profit du directeur de l'établissement support. Cette délégation de compétence légale est désormais obligatoire. Une habilitation à légiférer par ordonnance¹⁶⁷ permettra de compléter ces dispositions législatives pour : « Tenir compte de cette évolution de la gouvernance et des compétences gérées au niveau du groupement hospitalier de territoire sur l'articulation entre les instances, leurs compétences, les compétences des chefs d'établissements parties et support de groupement »¹⁶⁸. Les mesures prises par ordonnances devraient suivre la promulgation de la loi afin de parfaire le dispositif applicable dans un délai de douze mois. Cela conduit de nouveau à s'interroger sur le point de savoir si ce mécanisme constituera une réduction de l'autonomie des établissements publics de santé ? L'étude d'impact pointe clairement la volonté de rationaliser et maîtriser les dépenses hospitalières, objectif qui prime sur les autres et justifie sans conteste la volonté intégrative. En outre, l'article appellera des décrets d'application pour plusieurs volets envisagés, notamment la gestion des ressources humaines des personnels médicaux.

En termes d'application dans le temps, il importe de noter que les dispositions de la loi entrées en vigueur le lendemain de la publication de celle-ci (le 26 juillet 2019), à l'exception de celles relatives à la gestion des ressources humaines médicales mutualisées et de celles relatives à la création d'une commission médicale de groupement, qui entreront en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

L'affirmation d'une délégation de compétence obligatoire pose la question de l'articulation avec la gestion des équipes médicales de territoire.

¹⁶⁶ L'article 37 de la loi est ainsi formulé : « Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 5° ainsi rédigé :5° La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement ».

¹⁶⁷ Cf. infra p. 83 et suivantes.

¹⁶⁸ Étude d'impact de l'avant-projet de loi, dossiers législatifs consultables sur Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl1681-ei.pdf>).

2 – L’incertitude relative à la cohérence de cette délégation obligatoire avec la gestion restée facultative d’équipes médicales de territoire

La constitution d’équipes médicales de territoire reste une faculté puisqu’aucune modification n’est apportée à l’article L. 6132-2-II-4° du CSP¹⁶⁹. De ce fait, on pourrait penser que la loi n’apparaît pas tirer toutes les conséquences de cette délégation de compétence obligatoire¹⁷⁰. Elle maintient, en effet, la délégation de compétence facultative pour gérer, pour le compte des parties au GHT, des équipes médicales de territoire. Or gérer une telle équipe est bien un élément de gestion des ressources humaines médicales. Comment concilier obligation de mutualiser les ressources humaines médicales et faculté de constituer des équipes médicales de territoire ? Une forme d’incertitude pourrait subsister sur ce point. Toutefois, les deux dispositions étant tout à la fois distinctes et complémentaires, il est possible d’estimer que désormais l’une devient obligatoire en raison de l’autre. La création d’équipes médicales de territoire trouvera pleinement son sens à travers la mutualisation des ressources humaines médicales. Il est certain que le terrain, travaillant à la fois sur les questions de permanence des soins, de gestion du temps de travail des praticiens, de formation des praticiens, etc., sera très fortement incité à développer ces équipes. Et, au-delà même des équipes médicales de territoire, la question se posera de la nécessité de mettre en place des équipes de territoire associant également des professionnels paramédicaux. Cette perspective s’inscrit de manière quasi incontournable dans le cadre du PMSP et de la logique de filière. Le seul frein réside dans le fait que « l’équipe médicale de territoire est issue d’une collaboration souvent longue entre médecins. Sa réussite s’appuie sur l’intelligence collective, la confiance partagée et la volonté des professionnels de santé en place »¹⁷¹. Il sera donc difficile de la décréter.

Toutefois, le développement des équipes médicales de territoire semble aujourd’hui plus qu’hier assuré, sous le mouvement conjoint de délégation de

¹⁶⁹ L’article L. 6132-2 du CSP est ainsi rédigé en son II, 4° : « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit (...) l’organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d’avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ».

¹⁷⁰ Caroline Lesné, « GRH médicale et gouvernance médicale dans le projet de loi « ma santé 2022 » », *RHF*, janvier-février 2019.

¹⁷¹ « Équipes médicales de territoire ; fiches pratiques ; mettre en œuvre et partager », ANAP, octobre 2017.

compétence obligatoire et d'assouplissement de la gestion des ressources humaines médicales.

B - Une mutualisation obligatoire associée à un assouplissement de la gestion des ressources humaines médicales

La nouvelle loi comporte un chapitre III intitulé « Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité ». Y figure un article 13 qui ouvre la possibilité pour le Gouvernement de prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels médicaux¹⁷². Cette démarche n'est pas nouvelle ; « le 20^{ème} siècle a été caractérisé en ce domaine par la recherche permanente de nouveaux statuts afin d'attirer les médecins dans les hôpitaux »¹⁷³. Il s'agit de créer les conditions permettant un exercice médical décloisonné entre les différentes formes d'activité et d'exercice. La création d'un statut unique de praticien hospitalier (1) comme le recours à un contrat unique (2) devraient participer à la simplification et à la modernisation de la gestion des personnels médicaux titulaires recrutés dans les établissements publics de santé.

1 - Un objectif : la modernisation du statut de praticien hospitalier

Il s'agit de « faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières »¹⁷⁴.

Les praticiens hospitaliers (PH) titulaires sont actuellement recrutés sous deux statuts distincts : celui de praticien hospitalier à temps plein et celui de praticien des

¹⁷² Statuts mentionnés au titre V du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique (article L. 6152-1 du CSP, articles D 6151-1 à R. 6154-27), des personnels mentionnés à la section 3 du chapitre II du titre V du livre IX du code de l'éducation et des personnels employés dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁷³ Marie-Laure Moquet-Anger, « Médecins et hôpital », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119. Cet article met en évidence le fait que « les différents statuts des médecins hospitaliers trouvent leur source non dans les textes législatifs concernant la fonction publique, mais dans les lois hospitalières (...) et reposent principalement sur des dispositions réglementaires abondantes codifiées dans le code de la santé publique ».

¹⁷⁴ Article 13-I-1° de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

hôpitaux à temps partiel. La distinction entre ces statuts s'opère à deux niveaux. D'une part, les quotités de travail (les obligations de service, comptabilisées en nombre de demi-journées, sont de dix demi-journées hebdomadaires pour les praticiens hospitaliers à temps plein et de quatre à six demi-journées pour les praticiens hospitaliers à temps partiel). D'autre part, les possibilités de réaliser une activité extérieure à l'établissement, et notamment un exercice en ville, est impossible pour les praticiens à temps plein. Ces praticiens, à temps plein ou à temps partiels sont recrutés par concours ; ce sont des agents publics de l'hôpital.

Les dispositions qui régissent les statuts des praticiens hospitaliers sont considérées comme insuffisamment souples au regard des nouvelles aspirations des médecins. De la même manière, elles sont considérées comme trop rigides pour accompagner la transformation du système de santé, notamment le décroisement des modes d'exercice. Cette problématique est identifiée depuis longtemps et la loi de 2019 n'est pas la première tentative d'unification des statuts¹⁷⁵ face à la pénurie de médecins hospitaliers.

La nouvelle loi prévoit qu'une ordonnance soit prise dans les 12 mois pour la mise en œuvre de son article 13 et, par conséquent, la révision du statut des praticiens¹⁷⁶. Il est annoncé un statut unique de praticien hospitalier ne distinguant plus entre les praticiens à temps plein¹⁷⁷ et ceux à temps partiel¹⁷⁸. De même, il est prévu la suppression du concours de PH. Le concours ferait obstacle aux enjeux d'attractivité et de fidélisation des médecins hospitaliers. L'objectif affiché est clairement de faciliter l'entrée dans la carrière. Les recrutements se feront désormais de gré à gré, comme dans le secteur privé. Cette évolution semble contraire aux règles habituelles d'accès

¹⁷⁵ Le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers crée un statut public unique qui a pour but d'unifier les différents statuts des médecins hospitaliers pour n'en faire qu'un seul, celui du praticien hospitalier (PH).

A ce décret de 1984, se combine un décret de 1985 (n° 85-384 du 25 mars 1985) portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Les praticiens des hôpitaux à temps partiel sont également des agents.

¹⁷⁶ « C'est à titre dérogatoire, et sur autorisation législative, que l'ordonnance permet au gouvernement de prendre des mesures dans des domaines juridiques relevant normalement de la loi, et donc de la compétence du Parlement. Or, en l'état du droit, le statut des praticiens hospitaliers relève du domaine réglementaire et non législatif. En conséquence, une loi ou une ordonnance n'apparaît pas nécessaire pour modifier le statut des praticiens hospitaliers et supprimer le concours de praticien hospitalier prévu aux articles R. 6152-301 et suivants du code de la santé publique (CSP) ».

¹⁷⁷ R. 6152-1 et suivants du CSP.

¹⁷⁸ R. 6152-201 et suivants du CSP.

à l'emploi public qui intervient classiquement par la voie du concours¹⁷⁹. Il s'agit d'ailleurs d'un principe général du droit¹⁸⁰. L'accès à un statut suppose une sélection en vertu de compétences appréciées comme semblables¹⁸¹. De ce fait, le maintien d'un statut conduira vraisemblablement le Gouvernement à préciser réglementairement les conditions, et les critères d'appréciation à appliquer pour retenir des candidatures aux emplois publics relevant du statut de praticien hospitalier. Sur le volet statutaire, cette mesure permettrait de s'affranchir de nombreux obstacles liés aux rigidités des statuts de la fonction publique en favorisant globalement l'émergence d'une véritable équipe commune de territoire.

Le statut unique devrait rester le mode privilégié de recrutement, à côté duquel cohabiterait un type de contrat unique.

2 - La simplification du recours à l'emploi médical contractuel

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vise également à « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital »¹⁸². La question du recrutement de contractuels au regard de la problématique de l'attractivité dans les établissements publics de santé est réellement capitale. Elle se pose de façon quasi quotidienne pour un certain nombre de directeurs d'hôpitaux qui, pour assurer la continuité des soins, n'ont pas d'autres possibilités que

¹⁷⁹ Le recrutement par concours permet la mise en œuvre d'un principe fondamental de notre droit posé dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen selon lequel tous les citoyens doivent avoir un égal accès à l'emploi public. Cf. l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : « tous les citoyens étant égaux (...) sont également admissibles à toutes les dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents ».

¹⁸⁰ Cf. le principe d'égalité dans l'accès à la fonction publique issue de la jurisprudence : Conseil d'État, 1954, *Barel, Rec.*, p. 308.

¹⁸¹ « La pratique administrative française s'est depuis longtemps orientée vers une généralisation du procédé du concours de recrutement. Elle y voit le double avantage d'éliminer les risques d'arbitraire dans le choix des agents et d'assurer au maximum les garanties de qualification par les moyens d'une sélection technique ». André de Laubadere, Yves Gaudemet, *Traité de droit administratif*, Tome 5, 2000, Paris, LGDJ, n°125.

Ou, « Comme l'écrivait Léon Duguit dans son *Traité de droit constitutionnel*, « Malgré les inconvénients que présente ce système de recrutement, c'est encore celui qui offre le plus de garanties contre l'arbitraire et le favoritisme » in Delphine Espagno, « Le Droit français des concours : entre permanence et évolution », *Revue française d'administration publique* n° 142, 2012, p. 369-381.

¹⁸² Article 13-I-2° de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

de développer des pratiques de recrutement ou de rémunération des praticiens contractuels¹⁸³ en marge de la réglementation.

La récente loi est donc présentée comme devant conduire à la mise en œuvre d'un type de contrat unique au lieu de 5. Les supports statutaires permettant de recruter des personnels médicaux contractuels de plein exercice dans les établissements publics de santé sont effectivement relativement nombreux. Il s'agit, mis à part le statut particulier d'assistant (à temps plein ou partiel), des praticiens contractuels, des praticiens attachés, des cliniciens et des praticiens adjoints contractuels.

Le statut d'assistant créé en 1987¹⁸⁴ concerne des médecins généralement jeunes ayant vocation à réaliser une carrière hospitalière. Le contrat d'assistant est conclu pour un ou deux ans renouvelables par période d'un an pour une durée totale n'excédant pas 6 ans. Les contrats de praticiens contractuels sont, quant à eux, conclus pour une durée maximum de 3 ans par le directeur d'hôpital sur proposition du chef de pôle. Ils visent à couvrir une augmentation d'activité, l'occupation d'un poste vacant ou la réalisation de fonctions temporaires. En ce qui concerne les contrats de praticiens attachés, ils étaient initialement destinés, jusqu'en 2003¹⁸⁵, à des médecins de ville qui apportaient leur concours à l'hôpital, en tant que vacataires. La réforme de 2003 leur a donné le statut de contractuel tout en améliorant leur rémunération. La durée de contrat est de trois ans au maximum à l'issue desquels, si le contrat est renouvelé, il ne peut qu'être transformé en CDI (Contrat à Durée Indéterminée). Le statut le plus original est sans doute celui de cliniciens. Il a été créé par la loi HPST pour renforcer l'attractivité des postes hospitaliers. Les cliniciens peuvent exercer à temps plein ou temps partiel. Le contrat est signé pour 3 ans, renouvelable une fois. La spécificité de ce contrat réside dans la composition de la rémunération constituée d'une part fixe et d'une part variable, fixée en fonction des engagements du médecin évalués par le chef de pôle. Enfin, le statut de praticien adjoint contractuel est un statut

¹⁸³ La Cour de discipline budgétaire et financière a eu à plusieurs reprises l'occasion de se prononcer sur la responsabilité de directeur dans de telles situations. En 2009, elle a eu l'occasion de prononcer la relaxe d'un directeur au nom de « l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès et la continuité des soins ». Cf. CDBF, 16 avril 2009, Centre hospitalier de Fougères, n° 165-617, *JCPA* 2009, n° 36, comm. 2209, Marie-Laure Moquet-Anger.

¹⁸⁴ Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987, *JORF* n° 206 du 6 septembre 2003, p. 15405, modifié, dispositions codifiées au CSP, art. R. 6152-501 à R. 6152-542.

¹⁸⁵ Décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003, *JORF* n° 184 du 10 août 2003, p. 13915, modifié par les décrets n° 2005-1422 du 17 novembre 2005 et n° 2005-840 du 20 juillet 2005.

mis en place par un décret de 1995¹⁸⁶ pour permettre le recrutement de médecins à diplôme étranger et en voie d'extinction progressive depuis 2001 au profit du recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE).

Ces cinq cas de recours contractuel ne donnent pas pleinement satisfaction au regard, notamment, des limites en termes de rémunération et de conditions d'exercice. A ce sujet, il importe de relever qu'aucune précision n'a été apportée par la loi du 24 juillet 2019 sur les conditions de rémunération. Il faudra attendre sur ce point, comme sur d'autres, le ou les textes réglementaires fixant les modalités de recours au contrat, afin de répondre à des besoins temporaires ou à des besoins pérennes dans des conditions dérogatoires au statut. Ces textes seront peut-être l'occasion d'appliquer les préconisations du rapport CAP 2022¹⁸⁷ et de privilégier, comme voie normale d'accès à certaines fonctions du service public, des recrutements selon les règles du droit du travail.

Quoi qu'il en soit, il s'agit avec ces évolutions des modalités de recrutement par contrat, comme d'ailleurs avec la simplification du statut de PH, de favoriser l'exercice mixte ville-hôpital¹⁸⁸. L'objectif est en effet de permettre plus de coopérations entre les

¹⁸⁶ Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 relatif aux médecins, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Établissement français du sang, JORF n°108 du 7 mai 1995 page 7377.

¹⁸⁷ Le programme Action Publique 2022, lancé par le Premier ministre, Édouard Philippe, le 13 octobre 2017, vise à transformer l'administration en trois points : améliorer la qualité des services publics, offrir un environnement de travail modernisé aux fonctionnaires et maîtriser les dépenses publiques en optimisant les moyens. Un comité de 34 membres, CAP22, regroupant économistes, personnalités qualifiées du secteur public et privé, élus a été chargé de proposer des pistes de réformes sur 21 politiques publiques. L'une des préconisations est la suivante : « offrir davantage d'agilité et de souplesse aux employeurs publics et leur donner des marges de manœuvre accrues dans leur politique de recrutement (...) *en élargissant* le recours au contrat de droit privé comme voie « normale » d'accès à certaines fonctions du service public ». Cette préconisation se fonde sur trois raisons. « Tout d'abord, il n'y a pas de spécificité telle du secteur public qui nécessiterait de créer un autre type de contrat à côté du statut. Ensuite, le contrat de droit privé est plus protecteur pour les agents. Enfin, l'État, générateur de normes en matière de droit du travail, doit s'appliquer les mêmes règles que celles qu'il entend définir pour les autres » in rapport du Comité Action Publique 2022, sous la présidence de : Véronique Bédague-Hamilius, Ross Mc Innes, Frédéric Mion, « Service public, se réinventer pour mieux servir. Nos 22 propositions pour changer de modèle », juin 2018, consultable en ligne :

https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/rapport_cap22_vdef.pdf

¹⁸⁸ Jusqu'ici, l'article L. 6146-2 du code de la santé publique issu de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009) permet aux établissements publics de santé d'admettre, par convention, des médecins libéraux à participer aux missions de service public hospitalier.

« Ce dispositif a révélé très rapidement ses limites. Selon les spécialités médicales, l'impossibilité pour l'hôpital public de verser des honoraires autres que ceux correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale a constitué un frein à l'exercice mixte des médecins libéraux à l'hôpital. Autre obstacle à la complémentarité des exercices publics et privés : l'application d'un taux de redevance fixé réglementairement, sans possibilité d'adaptation conventionnelle par les parties au contrat permettant de prendre en compte le contexte local et ses enjeux ». Cf. Caroline Lesné, « GRH médicale et gouvernance médicale dans le projet de loi « ma santé 2022 » », *RHF*, janvier-février 2019, p. 20.

professionnels de santé et entre les structures, avec un lien plus fort entre la ville, les médecins libéraux et l'hôpital, les médecins hospitaliers. Cet objectif prend son sens notamment sur des territoires « sous-denses ». L'assouplissement de la GRH médicale répond également à une autre des dix mesures phares du plan « Ma santé 2022 » avec la création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/ hôpital ou salariés en zone de pénurie médicale. Une instruction¹⁸⁹ en ce sens a été adressée aux ARS afin d'envisager 2 schémas : créer des postes d'exercice mixte entre un hôpital public et une structure ambulatoire d'accueil (cabinet de ville, centre de santé, maison de santé pluri professionnelle, etc.) située en zone médicale « sous-dense » ou soutenir directement la création de postes salariés dans les zones jugées très critiques.

Au regard de ces évolutions, des espoirs sont permis en termes d'attractivité. Par exemple, il est possible d'envisager qu'un assouplissement des conditions de rémunération d'un certain nombre de praticiens hospitaliers contractuels, aujourd'hui enfermées dans la limite de la rémunération d'un PH au 4^{ème} échelon plus 10 %¹⁹⁰, facilite le recrutement de praticiens, sans aller jusqu'à opter, comme c'est parfois le cas, pour le recours au recrutement sous statut de clinicien.

Au-delà, l'adoption de la loi ouvre des perspectives liées à la mise en œuvre d'une gestion des ressources humaines mutualisée au sein du GHT.

Section 2 - Les effets opérationnels de l'extension aux ressources humaines médicales du transfert de fonction au profit de l'établissement support

Dans l'attente des précisions par ordonnance et par voie réglementaire, il est dès à présent possible d'envisager les effets opérationnels découlant de la nouvelle loi. La mise en place d'une mutualisation de la fonction « affaires médicales » implique

¹⁸⁹ Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » (consultable en ligne : https://www.fnccs.org/sites/default/files/instruction_ministerielle_2019_400_MG_salaries.pdf).

¹⁹⁰ L'article R. 6152-416 du CSP prévoit que : « La rémunération des praticiens contractuels est fixée selon les règles suivantes : 1° Les praticiens contractuels recrutés en application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 6152-402 sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens des hôpitaux. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4^e échelon de la carrière, majorés de 10 % ».

la nécessaire structuration entre un niveau local, en proximité, et un niveau central, de prise de décision stratégique et d'organisation territoriale, et ce sur la base d'un principe de subsidiarité. Il s'agira en fait de rechercher le meilleur niveau et le niveau le plus proche de prise de décision. Dans un modèle de préfiguration de la fonction mutualisée, on distinguera ainsi les compétences relevant d'un niveau « central » (A) des compétences à maintenir en proximité au sein des établissements autres que support (B).

A – Les compétences relevant d'un niveau central

Certaines compétences, plus que d'autres, ont vocation à être centralisées notamment dans un objectif d'harmonisation et de définition d'une politique de ressources humaines de groupe. Le premier champ qui vient à l'esprit est indéniablement celui de la gestion des effectifs et de la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) médicale sur le territoire (1). La gestion centralisée sera également considérée spontanément en matière de rémunération comme de formation (2).

1 – La gestion des effectifs et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, au centre de la mutualisation des ressources humaines médicales

La gestion des effectifs et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences passeront notamment par l'inscription des établissements dans une approche métiers, compétences, qualifications et rémunérations¹⁹¹. En pratique, dans les établissements, une telle approche pourra se traduire par la mise en place d'une révision annuelle des postes médicaux sur le GHT pour ceux partagés, voire pour les équipes / filières partagées. En lien avec cette approche, la réforme conduira vraisemblablement à centraliser la gestion des postes de Praticiens Hospitaliers (PH), à la base des effectifs des équipes médicales des établissements publics de santé avec en premier lieu une centralisation des publications de postes au niveau de

¹⁹¹ Il s'agit d'un des items identifiés comme étant à améliorer par la mission nationale sur l'exercice médical à l'hôpital, coordonnée par Danièle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG). Dans le cadre de cette mission, réalisée en 2011, la GPMC recueillait un taux de satisfaction, après enquête, de 56,8 %.

l'établissement support. Ensuite, des perspectives s'ouvrent aussi pour ce qui relève d'autres champs de la gestion de ces postes : positions, mutations, réception et études des candidatures, ... De la même manière, une centralisation semble adaptée à la gestion des postes partagés et notamment des conventions ou encore de la paie des praticiens en poste partagé. Cela pourra impliquer une centralisation des ressources partagées i.e. une restructuration des équipes « affaires médicales » au sein du service de l'établissement support.

Ces perspectives interrogent, de fait, la gestion des positions statutaires et le changement de situation administrative des praticiens. A ce sujet, avant même les évolutions récentes, une instruction ministérielle du 4 mai 2017¹⁹² relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire, a rappelé les différentes positions statutaires susceptibles d'avoir un impact sur la gestion administrative des praticiens. L'instruction¹⁹³ distingue trois modalités : l'exercice partagé, la mise à disposition et le changement d'établissement.

En premier lieu, les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques peuvent exercer une activité partagée dans plusieurs établissements au sein du GHT et ce, conformément aux articles R. 6152-4¹⁹⁴, R. 6152-201¹⁹⁵, R. 6152-404¹⁹⁶, R. 6152-501¹⁹⁷ et R. 6152-604¹⁹⁸ du CSP et au décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. L'organisation d'activités partagées de praticiens entre plusieurs établissements est proposée par les chefs de pôle après avis des chefs de service ou, à défaut, des unités fonctionnelles ou de toute autre structure interne, en cohérence avec les projets des établissements concernés, le PMSP et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Bien entendu, l'accord du praticien doit être recueilli avant signature d'une convention entre les directions d'établissements et le praticien concerné.

En deuxième lieu, la mise à disposition peut être envisagée. Elle est prévue par les articles R. 6152-50 et 6152-237 du CSP pour les PH à temps plein ou à temps

¹⁹² Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire (disponible sur <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>).

¹⁹³ Idem.

¹⁹⁴ Cela concerne les praticiens hospitaliers.

¹⁹⁵ Pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel.

¹⁹⁶ Cela concerne les praticiens contractuels.

¹⁹⁷ Cela concerne les assistants des hôpitaux.

¹⁹⁸ Pour les praticiens attachés.

partiels qui peuvent, avec leur accord, être mis à disposition d'établissements publics de santé dans le cadre du GHT. Elle se traduit par une convention entre l'établissement d'affectation et l'établissement d'origine après avis du chef de pôle et du président de la CME de l'établissement d'affectation. Une copie de la décision est adressée au directeur général du CNG ainsi qu'au directeur général de l'ARS. Figure dans la convention la durée de la mise à disposition ainsi que les modalités de remboursement de la rémunération et des frais annexes.

En troisième lieu, il est possible d'envisager le changement d'établissement. L'article 107 de la LMSS prévoyait que la convention constitutive détermine la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques résultant du PMP. Le décret du 2 mai 2017¹⁹⁹ définit les conditions dans lesquelles ces postes sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement ainsi que les modalités par lesquelles ils sont pourvus afin d'atteindre les objectifs du PMSP. Ainsi, l'article R. 6152-207-1 dispose : « Lorsque, par suite de la nouvelle répartition des emplois (...) résultant du projet médical partagé initial ou de son actualisation, un ou plusieurs postes de praticiens des hôpitaux à temps partiel sont à pourvoir, le directeur de chaque établissement partie au groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux dispositions des articles R. 6152-205 et R. 6152-206, organise la publicité de ces postes, et des profils correspondants, au sein des établissements parties au groupement. Il en informe le président du comité stratégique et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement (...) ». Peuvent faire acte de candidature les praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel nommés dans un établissement partie au groupement. Le directeur de l'établissement partie transmet, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement, au directeur général du centre national de gestion les propositions de nomination dans l'établissement partie au groupement concerné. Il informe le président du comité stratégique du groupement, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement et le directeur général de l'agence régionale de santé de ces propositions. Les candidats sont informés par courrier du directeur de l'établissement partie. La commission statutaire nationale peut alors être saisie par un praticien non retenu. Dans le cas où

¹⁹⁹ Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonction et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du CSP, au sein du GHT.

un ou plusieurs postes restent à pourvoir, le directeur de l'établissement partie transmet au directeur général de l'agence régionale de santé pour proposition au directeur général du centre national de gestion les demandes de publication de postes à intervenir au prochain tour de recrutement ». La nomination et l'affectation des praticiens sont prononcées selon les mêmes modalités que précédemment.

La question, en termes de centralisation, se pose également du bon niveau d'intervention en ce qui concerne la gestion des internes de la définition des besoins jusqu'à la gestion administrative des internes. Cette dernière est souvent lourde pour les CHU qui doivent intégrer les contraintes des autres établissements.

L'approche centralisée présente par ailleurs un intérêt en matière de rémunération comme de formation.

2 – La gestion des rémunérations et de la formation, des champs à centraliser en vue d'une harmonisation des pratiques

Le niveau central sera, naturellement, celui permettant l'harmonisation des pratiques en termes de rémunérations et d'indemnités. Car si les directeurs sont tenus par un cadre national, il arrive que l'interprétation des textes varie d'un établissement à l'autre, rendant pertinente l'harmonisation en vue d'éviter des distorsions de traitement entre les praticiens²⁰⁰. Il importe de souligner, quant à l'exercice territorial des praticiens, qu'une prime a plus particulièrement été instaurée : la prime d'exercice territorial. Son champ d'application a d'ailleurs évolué dans le temps pour garantir davantage d'équité²⁰¹. Quoi qu'il en soit, les directions devront nécessairement penser une politique territoriale et non plus seulement locale en matière de rémunérations, d'indemnisation des astreintes, d'interprétation des primes, etc.

Il semble, par ailleurs, nécessaire de centraliser les missions relatives à la coordination de la formation médicale et au développement professionnel continu (DPC) pour le personnel médical. C'est le moyen de garantir la cohérence avec le PMP, d'assurer la coordination des plans de formation médicale autour d'une stratégie de prise en charge commune. Dans ce cadre, les plans de formation et de DPC ont

²⁰⁰ Cf. Supra p 28.

²⁰¹ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial (PET) des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, JORF n°0063 du 15 mars 2017. La PET dont le périmètre d'application était initialement plus réduit a été étendue aux contractuels et aux assistants.

vocation à s'harmoniser et à mettre en œuvre une véritable stratégie de gestion des compétences. A travers cet objectif général, il s'agit de mutualiser les coûts de formation et l'expertise, de permettre les partages de pratiques et enfin de s'inscrire dans des logiques de spécialisation toujours plus poussées. A ce titre, la valence universitaire pour la recherche et l'enseignement est déterminante et justifie à elle seule une gestion centralisée de la formation et du DPC quand un CHU est partie au GHT.

En définitive, « l'ensemble des missions d'une direction des affaires médicales (statut, formation, paye, temps de travail) doit pouvoir trouver un cadre unique sur le territoire de santé sans pour autant nier le cadre particulier de l'établissement entendu comme entité locale »²⁰².

B - Les compétences à maintenir en proximité

La mutualisation des ressources humaines médicales s'accommoderait mal de la suppression de l'échelon local dont le maintien a tout son sens, notamment, pour le recrutement des contractuels et des intérimaires (1). La question de la gestion du temps de travail est quant à elle particulière : elle s'accommode d'une gestion locale fortement encadrée (2).

1 – La gestion des contractuels et de l'intérim à maintenir au niveau local pour améliorer la réactivité

Le recrutement des contractuels, praticiens contractuels et praticiens attachés (hors assistants spécialistes), prend son sens au plus près des besoins du terrain où sont arrêtés les tableaux de service et connus les éléments d'organisation de l'activité. L'importance de la gestion saisonnière de l'activité est, par exemple, à prendre en considération. De ce fait, il semble difficilement concevable, en termes de réactivité, de totalement délocaliser les recrutements vers l'établissement support. De plus, d'un point de vue organisationnel, le fonctionnement efficient des services hospitaliers ne peut reposer sur les seuls temps partagés. Par définition, y compris dans des secteurs

²⁰² Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, décideur santé, LEH édition, 2017, p.19.

où les durées moyennes de séjour se sont réduites avec le temps et dans un contexte de fort développement de l'ambulatoire, une prise en charge médicale de qualité repose sur la continuité des soins. Enfin, en termes de dynamique d'établissement, il apparaît important de maintenir pour certains praticiens un engagement total au service d'un seul établissement ; cela est particulièrement vrai pour les établissements généraux, situés à la périphérie des CHU dont les équipes plus restreintes subissent plus fortement les effets de *turn-over* des praticiens.

La gestion de l'intérim, éventuellement dans le cadre d'un marché de GHT, voire d'un marché régional, se poursuivra aussi vraisemblablement à un niveau local. Il s'agit, dans la majorité des cas, de pourvoir des remplacements plutôt de courte durée en lien avec les absences (pour congé ou maladie des praticiens) et donc en lien étroit avec le fonctionnement local des établissements publics de santé. Le volet logistique (évaluation des besoins, sollicitation des sociétés, confirmation et organisation des missions) ainsi que le volet évaluation des missions d'intérim reposent, qui plus est, sur des considérations pleinement locales.

La mutualisation obligatoire des ressources humaines médicales aura également un impact sur la gestion du temps de travail des personnels médicaux.

2 – Le cas particulier de la gestion du temps de travail

De la même manière, la question se pose pour la gestion du temps de travail²⁰³. En effet, « le temps de travail des praticiens est désormais décompté »²⁰⁴. Les questions qui y sont relatives et notamment la permanence des soins (PDS) sont particulières car elles seront plus probablement gérées à un double niveau : central et de proximité, en référence au schéma territorial de la PDS. Une commission de la permanence des soins (COPS) de territoire pourrait, dans un premier temps, permettre une coordination des échelons locaux. Cette question de la gestion du temps médical

²⁰³ Longtemps, ce sujet a été mis de côté. Cf. Vincent Vauchel, éditorial du numéro spécial « temps de travail médical » de *Gestion hospitalière*, n° 553, février 2016. « Complexe et évolutive, la relation des médecins avec leur temps de travail pourrait presque s'apparenter au registre du tabou. Dans Totem et Tabou, Freud définit le « tabou » comme quelque chose de sacré qui revêt un caractère inquiétant et dangereux. Y aurait-il une sorte d'inhibition originelle pour un médecin à vouloir décompter son temps de travail ? Comme le résumait un président de CME il y a une dizaine d'années, « pour beaucoup de praticiens, la question du temps de travail des médecins paraît "surréaliste", voire incongrue. Compter et décompter son temps de travail, l'organiser collectivement n'était pas, il y a encore peu de temps, des pratiques intégrées dans la culture des praticiens » (B. Balza, président de la CME du CH de Carcassonne). À l'hôpital, le sujet ne serait donc plus tabou ».

²⁰⁴ Marie-Laure Moquet-Anger, « Médecins et hôpital », *RDSS*, hors -série, 2015, p.119.

est cruciale à la fois en termes d'attractivité²⁰⁵, de continuité et de responsabilité des directeurs²⁰⁶. Ces derniers « doivent concilier la nécessaire augmentation des recettes avec les contraintes en matière d'organisation des activités et en termes de recrutement, du fait de la pénurie d'effectifs dans certaines disciplines. Optimiser le temps médical exige la mise en œuvre de démarches qui tiennent compte non seulement de la qualité et de la sécurité des soins, mais aussi de la nécessaire adéquation activité du service/ressources médicales. Les directeurs d'hôpital prêtent une attention particulière à ce sujet afin d'allouer les bonnes ressources aux bons endroits, s'adaptant à l'activité et garantissant les conditions de travail des praticiens. Et leurs responsabilités vont s'accroître dans ce domaine, notamment dans le contexte de certification des comptes qui conduira au contrôle des éléments variables de paye ou encore à l'examen de procédures en matière de permanence des soins »²⁰⁷. Concrètement, cette question du temps de travail a trait tout à la fois aux maquettes organisationnelles, à l'informatisation du temps de travail, à la planification du temps médical, etc. Un virage est pris quant au temps de travail médical depuis l'arrêté du 4 novembre 2016²⁰⁸ qui constitue l'une des déclinaisons réglementaires de l'engagement n°5 « Améliorer la valorisation du temps de travail médical » du plan d'actions ministériel relatif à l'attractivité médicale²⁰⁹. L'arrêté du 4 novembre 2016 vient modifier les articles 13, 14 et 21 de l'arrêté du 30 avril 2003. Les principaux changements introduits par l'arrêté sont liés à l'adoption d'un schéma de la permanence des soins au sein de chaque GHT (soit au plus tard au 1^{er} juillet 2017)²¹⁰.

²⁰⁵ Aujourd'hui, chaque établissement adopte, par exemple, un régime du temps de travail des anesthésistes différent en fonction de la sévérité des difficultés de recrutement auquel il est confronté. Peuvent coexister sur un même territoire 3, 4, 5 modalités de gestion allant de 39 h hebdomadaires à 48 heures hebdomadaires.

²⁰⁶ Jean-Yves Copin, « Groupement hospitalier de territoire : ressources humaines médicales et non médicales : il est urgent de se poser les bonnes questions », *Santé RH*, décembre 2016, p. 11.

²⁰⁷ Cf. supra note 32.

²⁰⁸ Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JORF n° 0265 du 15 novembre 2016.

²⁰⁹ Jacky Le Menn, Paul Chalvin, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, rapport édité par le ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, novembre 2015, *La documentation française*, 274 pages.

²¹⁰ Les changements introduits sont les suivants : L'indemnisation du temps de travail additionnel (TTA) sera homogénéisée selon les modalités de comptabilisation du TTA de jour (suppression du TTA de nuit) avec un montant unique s'élevant à 319,46 euros pour une période de TTA ; L'indemnisation des astreintes sera homogénéisée selon le tarif de l'astreinte opérationnelle (soit 42,38 euros) avec la fin de la distinction entre l'astreinte opérationnelle et l'astreinte de sécurité et l'indemnité de sujétion versée au praticien ne sera plus déduite des montants versés au titre des indemnités pour TTA.

La voie est donc ouverte à une réflexion de GHT combinée à des éléments spécifiquement locaux.

Enfin, il est possible de penser que quelques autres champs d'activité, comme la gestion de l'activité libérale, continueront à être gérés au niveau local.

L'acte II du GHT a, comme nous venons de le voir, un impact sur la gestion des ressources humaines médicale. Ce dernier se combine avec des incidences sur la gouvernance du GHT comme des établissements parties et se traduit clairement sur le niveau d'intégration des établissements publics de santé parties au GHT (chapitre 2).

Chapitre 2 - Les impacts de l'acte II du GHT sur la gouvernance et le niveau d'intégration des établissements parties au GHT

La loi du 26 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en introduisant une mutualisation des ressources humaines médicales, modifie de manière substantielle le rôle des directeurs d'hôpitaux. Elle confie par ailleurs un rôle nouveau à la commission médicale de groupement qui, de la même manière, verra son rôle renforcé en matière de ressources humaines médicales, dessaisissant les instances des établissements parties d'une partie de leur pouvoir de décision. En d'autres termes, elle déplace le centre de décision au sein du GHT et influe sur sa gouvernance (Section 1). *In fine*, ce nouveau texte législatif pose la question du niveau d'intégration des établissements publics de santé recherché par le législateur (section 2).

Section 1 - L'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales sur la gouvernance

La gestion des affaires médicales est au centre de la stratégie des établissements publics de santé. La délégation de compétence, en la matière, au profit de l'établissement support, a nécessairement un effet sur les fonctions de direction de manière générale et plus encore des effets juridiques amplifiant le rôle du directeur de l'établissement support (A). Elle s'articule par ailleurs avec une consolidation de la gouvernance médicale (B).

A - L'impact sur les fonctions de direction : un déplacement du centre de décision

Les directions des établissements publics de santé sont directement atteintes dans leur périmètre d'intervention et de responsabilité par la récente loi. Le directeur de l'établissement support est définitivement positionné comme le chef de file des établissements du groupement (1). Par ailleurs, les évolutions successives sont porteuses d'interrogations relatives au pouvoir de nomination dans le champ des ressources humaines, notamment des ressources humaines médicales (2).

1 - Le renforcement des compétences du directeur de l'établissement support

Le rôle du directeur de l'établissement support évolue plus particulièrement. Dès l'acte I du GHT²¹¹, il était possible d'affirmer que des compétences lui étaient dévolues faisant de lui le véritable « patron du GHT »²¹², « garant du fonctionnement opérationnel du GHT »²¹³. Avec l'ajout, en 2016, d'un alinéa à l'article L. 6143-7 du CSP²¹⁴, ainsi rédigé : « Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 », il était, d'ores et déjà, possible d'affirmer que dans le champ des compétences déléguées, réalisées « pour le compte » des établissements de santé parties au groupement, le chef de l'établissement support disposait d'une compétence pleine et entière de chef d'établissement, à savoir un pouvoir de décision, la représentation légale, un pouvoir d'ordonnateur de dépenses et de recettes, un pouvoir de nomination²¹⁵... Avec la délégation de compétence en matière des ressources humaines médicales, le chef d'établissement support prendra manifestement la main sur le déploiement stratégique des établissements parties. Cette situation lui confère la totalité des leviers d'action afin de structurer l'ensemble des activités médicales du territoire²¹⁶.

Et, dans la continuité, l'acte II du GHT confirme la dynamique initiée en 2016 modifiant en profondeur l'exercice professionnel des autres directeurs. En 2015, dans

²¹¹ Article 107-I-6° de la LMSS, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

²¹² Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) in Actualités Jurisanté, n°86, Janvier 2016, page 21.

²¹³ Idem p. 23.

²¹⁴ Ce texte issu de la loi HPST fonde la compétence du directeur d'établissements publics de santé : conduite de la politique générale, représentation légale, exercice d'un pouvoir de nomination, autorité sur l'ensemble du personnel, ordonnancement des dépenses et recettes ainsi que pouvoir de transiger et de déléguer sa signature.

²¹⁵ « Il convient cependant de voir que le dispositif se distingue nettement de celui de la direction commune. En effet, dans le cadre de la direction commune, un même directeur assure l'intégralité des attributions de directeur sur au moins deux établissements publics de santé, cela sans que ces fonctions ne recouvrent par principe une dimension de stratégie territoriale. Or dans le cadre de l'établissement support du GHT, son directeur n'assurera pas de direction commune : il exercera des compétences d'envergure territoriale qui viendront s'ajouter à des compétences, classiques, de directeur d'établissement » Cf. Caroline Lesne, « GHT, une fausse bonne idée pour la GRH », *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 2015, n° 566, p. 72.

²¹⁶ Des auteurs ont considéré que cette disposition conduisait à mettre en place sur les fonctions mutualisées une sorte de « direction commune partielle voire une ingérence de l'établissement support dans la gestion des établissements parties » in Hervé Tanguy, Marine Gey et Brigitte De Lard-Huchet, « Groupements hospitaliers de territoire, et maintenant comment sortir de la (con)fusion ? », janvier 2017, *gestions hospitalières*, n°562, janvier 2017, p. 14.

leur rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau envisageaient déjà, qu'à l'avenir, les décideurs hospitaliers endossent « des responsabilités territoriales, dans le cadre de stratégies de groupe. Cela va vraisemblablement se traduire par des responsabilités accrues pour certains, l'acquisition de compétences en management territorial pour tous, une spécialisation accrue pour certains postes d'adjoints, l'intensification des postes de directeurs délégués ou directeurs de site, etc. Les directeurs d'hôpital sont également appelés à s'inscrire dans un environnement plus riche de partenaires »²¹⁷. Depuis 2016, la question se pose de savoir quel sera demain le rôle des directeurs des établissements parties au groupement autres que support. Le rôle des directeurs, chefs d'établissement, semble se limiter à celui de directeurs de site. Cette perspective est d'ailleurs nettement renforcée avec l'acte II des GHT et la mutualisation des ressources humaines médicales, étape majeure d'un dessaisissement des fonctions stratégiques. Cette évolution soulève des interrogations multiples : quelle composition et organisation des équipes de direction de territoire²¹⁸ ? Quelles responsabilités pour ces directeurs ? Quelle incidence sur le fonctionnement des instances notamment locales ?

Un décret a été publié en 2018²¹⁹ visant à accompagner les personnels de la fonction publique hospitalière lors de la création des groupements hospitaliers de territoire²²⁰. Il a pour objet de mettre en place le dispositif d'accompagnement des emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière dans le cadre des opérations de réorganisation qui seront engagées au titre de la création des groupements hospitaliers de territoire en prévoyant des dispositions transitoires de certains des éléments de leur rémunération. Les directeurs concernés sont :

- les personnels nommés dans un nouvel emploi classé dans un groupe inférieur,

²¹⁷ « Mission groupement hospitalier de territoire – rapport intermédiaire », Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Mai 2015, p.26.

²¹⁸ Concernant spécifiquement les directeurs des affaires médicales, les périmètres d'exercice auront vocation à être redéfinis, sans que la question de la mobilité ne se présente impérativement.

²¹⁹ Décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, JORF n° 0155 du 7 juillet 2018.

²²⁰ Des évolutions quant au statut des directeurs d'hôpital apparaissaient, pour Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, comme indispensables tant ces acteurs ont vocation à jouer un rôle majeur dans la mise en place des GHT. L'attente était que ces évolutions permettent « une juste valorisation, pérenne et uniforme à l'échelle nationale, de l'évolution des responsabilités dans le cadre d'un exercice territorialisé. L'expérience des directions communes montre en effet que le cadre statutaire et indemnitaire actuel est fragile et insuffisamment adapté à des organisations durables ». Idem p.26.

- les personnels qui ne sont pas nommés dans un nouvel emploi fonctionnel, en raison de la suppression de leur précédent emploi,
- les personnels qui perdent leur emploi et sont nommés dans un nouvel emploi ne donnant pas lieu au versement d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) ou donnant lieu au versement d'un nombre de points NBI inférieurs,
- les personnels qui perdent leur emploi et sont nommés dans un nouvel emploi donnant lieu à un montant de prime de fonction et de résultat inférieur.

Les dispositions du décret visent à maintenir un régime indemnitaire équivalent pendant une durée déterminée. L'éligibilité à ces mesures d'accompagnement était initialement ouverte jusqu'au 30 juin 2019. Un récent décret du 25 juillet 2019²²¹ proroge de deux ans la période d'application des mesures de sécurisation individuelle, soit jusqu'au 30 juin 2021.

2 - Les interrogations relatives au pouvoir de nomination

D'un point de vue juridique et en écho à la question des rôles respectifs des directeurs d'établissements support et des directeurs des autres établissements, celle du pouvoir de nomination est posée avec acuité depuis 2016, dans la mesure où le chef d'établissement se définit comme l'autorité de nomination conduisant la politique de l'établissement²²². A l'heure actuelle, et concernant les personnels non médicaux, suite à la publication des décrets n° 2017-603 du 21 avril 2017²²³ et n° 2017-701 du 2

²²¹ Décret n° 2019-787 du 25 juillet 2019 modifiant le décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, JORF du 27 juillet 2019.

²²² Ainsi, des auteurs écrivaient : « L'article L. 6143-7 ferait du directeur de l'établissement support la personne compétente en qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination, pour recruter, nommer, gérer la carrière et exercer le pouvoir disciplinaire sur tous les personnels relevant des fonctions mutualisées (...). Ces agents relèveraient ainsi d'un établissement employeur pour leur rattachement statutaire et d'un autre établissement, établissement support pour la gestion de leur carrière : octroi de primes, départ en formation, avancement, sanctions disciplinaires... une sacrée complexité en perspective » in Hervé Tanguy, Marine Gey et Brigitte De Lard-Huchet, « Groupements hospitaliers de territoire, et maintenant comment sortir de la (con)fusion ? », janvier 2017, *gestions hospitalières*, n° 562, janvier 2017, p. 15.

²²³ Décret n° 2017-603 du 21 avril 2017 modifiant le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition, JORF n° 0096 du 23 avril 2017, texte n° 26.

mai 2017²²⁴ ainsi que d'une instruction du 4 mai 2017²²⁵, la distinction entre autorité de nomination et autorité fonctionnelle semble pouvoir être retenue pour distinguer les compétences du directeur de l'établissement support et celle du directeur de l'établissement partie, en matière de nomination et d'autorité. Il semble, en effet, que le chef de l'établissement support a depuis la LMSS, autorité fonctionnelle sur un certain nombre de professionnels pour organiser et faire fonctionner le service sans toutefois disposer des pouvoirs de nomination. L'intérêt de ces textes, dont la rédaction laisse une grande latitude d'organisation et de fonctionnement, est d'avoir introduit la subtile notion de « nomination dans les fonctions » (par opposition à celle de nomination dans l'emploi). Par exemple, sont concernés les professionnels des services achat ou du DIM, auxquels le directeur de l'établissement support peut aussi déléguer sa signature.

La distinction entre autorité de nomination et autorité fonctionnelle n'est pas inédite. Elle était déjà mobilisée lorsque des personnels sont mis à disposition d'un GCS par un établissement public qui en est membre²²⁶. « Dans ce cas, la doctrine administrative qualifie la mise à disposition elle-même de « fonctionnelle » par opposition à celle que prévoient les règles applicables aux agents publics qu'ils soient fonctionnaires, non titulaires ou PH et qui, toutes, requièrent dans ce dernier cas l'accord de l'agent concerné »²²⁷. Cette distinction existe, par ailleurs, depuis les lois de décentralisation en ce qui concerne les personnels non enseignants des établissements d'enseignements pré élémentaires et élémentaires et secondaire. Il s'agit, en effet, d'agents territoriaux placés sous l'autorité fonctionnelle des chefs d'établissement tout en demeurant sous l'autorité hiérarchique des directeurs généraux des services de la collectivité employeur. Toutefois dans cet exemple, un texte fonde la distinction. Or, dans le cadre du GHT, la distinction n'est pas si évident. Cette situation interroge, par exemple, sur la manière dont le chef de l'établissement support peut désigner comme responsable du DIM de territoire un praticien exerçant

²²⁴ Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire, JORF n° 0105 du 4 mai 2017, texte n° 35.

²²⁵ Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire (disponible sur <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>).

²²⁶ Article R. 6133-6 du CSP : « Les personnels mis à disposition du groupement par les établissements membres restent régis, selon le cas, par leur contrat de travail, les conventions ou accords collectifs qui leur sont applicables ou leur statut ».

²²⁷ Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 923.

dans un des établissements parties et sur lesquels il n'exerce pas d'autorité hiérarchique. Il semble, dans les faits, que le directeur de l'établissement support ne puisse nommer à cette fonction que le responsable du DIM de l'établissement support faute de disposer à l'égard des autres prétendants possibles du pouvoir de nomination²²⁸. Il en va de même pour le directeur des systèmes d'information du GHT.

Avec la mutualisation des ressources humaines médicales et leur assouplissement, une question relative au pouvoir du directeur est également soulevée : le fait que les directeurs, comme évoqué *supra*, pourront recruter directement de gré à gré des praticiens va-t-il se traduire par une restauration des pouvoirs d'employeurs aux directeurs d'hôpitaux jusqu'alors dévolus au CNG ? La remise en cause du concours national remettra-t-elle en cause le rôle des ARS et du CNG ? Jusqu'alors, l'organisation et la gestion du concours national des PH étaient dévolues aux agences régionales de santé (ARS) et au CNG. Les candidats s'inscrivaient auprès des ARS, lesquelles géraient l'enregistrement et l'examen des demandes de candidature en lien étroit avec le CNG. Ce dernier avait seul compétence pour se prononcer sur leur recevabilité et publier la liste des admissions au concours par spécialités. Cette gestion nationale du concours donnait lieu à une vision globale et centralisée des médecins susceptibles de postuler, par discipline et spécialités, à des emplois publics à l'hôpital. Elle justifiait ensuite que la gestion de leur carrière de praticiens hospitaliers soit assurée au niveau national par le CNG. L'assouplissement du statut des praticiens hospitaliers à venir pose la question de la qualité d'autorité de nomination et de gestion des carrières du CNG. Les évolutions contenues dans la loi de juillet 2019 restituent-elles aux établissements publics hospitaliers les prérogatives d'un employeur jusqu'alors assurées par le CNG, seule autorité de nomination des praticiens hospitaliers ?

Soulever cette question renvoie nécessairement aux craintes relatives à l'indépendance de l'exercice médical²²⁹. Il convient en effet de rappeler que le chef

²²⁸ Il est pourtant écrit dans le vade-mecum, quant aux prérogatives nouvelles confiées aux acteurs : « Concernant le chef de l'établissement support : contrepartie naturelle de la dévolution de la gestion de l'information médicale à l'établissement support de GHT, des attributions spécifiques sont reconnues au chef de l'établissement support en la matière. C'est le directeur de l'établissement support qui nomme le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire sur proposition du président de la commission médicale ou du collège médical du GHT ». Cf. « Vade-mecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement / GHT mode d'emploi en 15 points clés », Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, mai 2016, p.58.

²²⁹ Il est effectivement convenu, depuis de nombreuses années, qu'« en aucune façon le directeur de l'établissement ne peut interférer dans la pratique professionnelle des praticiens hospitaliers en raison de

d'établissement n'a pas sur les médecins, pharmaciens et odontologistes de pouvoir de nomination, ni de pouvoir hiérarchique. Il a seulement depuis la loi HPST le pouvoir de proposition, eu égard au postes vacants dans son établissement, au CNG, pour les PH statutaires à temps plein comme à temps partiel. Qui plus est, il est permis de s'interroger sur les effets d'une telle territorialisation en termes de fidélisation des PH.

Des interrogations demeurent donc sur les attributions et compétences des directeurs (chefs d'établissement support comme parties) ; reste à espérer qu'elles soient levées par l'ordonnance à venir. Quoi qu'il en soit, l'impact de la mutualisation obligatoire des ressources humaines médicales sur les attributions des directeurs se combine avec une incidence sur les instances médicales.

B - L'impact sur la gouvernance médicale : une consolidation de l'échelon territorial

La mise en place des GHT a été l'occasion manquée de simplifier les organes de concertation et de prise de décision. La superposition de nouvelles instances, nécessaires en termes de communication et de concrétisation de la dynamique territoriale, a eu pour effet de générer un millefeuille complexe et difficile à gérer pour et par les acteurs de terrain. La loi du 26 juillet 2019 propose, quant à elle, une articulation de la mutualisation de la compétence de GRH médicale avec le confortement de la stratégie médicale de GHT au travers l'obligation de mettre en place une CME de GHT (1) et la possible fusion des instances (2).

1 - La création obligatoire d'une commission médicale de territoire aux missions renforcées

Corrélativement à la délégation de compétences introduite en matière de gestion des ressources humaines médicales, l'article 37 de la loi prévoit de supprimer « le choix alternatif entre une commission médicale de groupement susceptible de convenir aux GHT intégratifs, et celle d'un collège médical plus adapté aux GHT

l'indépendance professionnelle du médecin dans l'exercice de son art. Il s'agit ici d'un principe fondamental de l'exercice de la médecine, institué dans l'intérêt du malade, réaffirmé par le législateur à l'article L. 6143-7 du CSP et que le conseil d'État a qualifié de principe général du droit » in Marie-Laure Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, 5^{ème} édition, p 219.

coopératifs »²³⁰ et rend obligatoire la CME de GHT²³¹. D'ailleurs, les deux aspects, gouvernance médicale et GRH médicale, étant imbriqués, il est prévu de synchroniser leur mise en œuvre, prévue au plus tard le 1^{er} janvier 2021. Le cadre réglementaire d'application de la loi de 2016 disposait que « la convention constitutive de GHT prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement (...) ». Ce même article prévoyait que la composition et les compétences du collège médical soient déterminées par la convention constitutive. Cette disposition a pu susciter des inquiétudes. Ainsi, Jean-Marie Barbot et Julien Rossignol ont écrit « l'option d'un collège médical de groupement, dont la composition et les compétences seraient définies uniquement par la convention constitutive, et donc par simple avis des CME des établissements parties du groupement, présente le risque d'une désignation des représentants confiscatoire et qui ne permettrait pas la représentation de toutes les forces médicales de GHT »²³². De manière identique, le texte indiquait que les attributions de la commission médicale du GHT étaient fixées dans la convention constitutive du GHT²³³. Cette convention devait, de plus, préciser l'articulation entre les CME des établissements parties et la Commission médicale de GHT.²³⁴ Enfin, l'article disposait que « les avis émis par le collège médical ou la

²³⁰ Caroline Lesné, « GRH médicale et gouvernance médicale dans le projet de loi « ma santé 2022 » », *RHF*, janvier-février 2019, p. 21.

²³¹ Article R. 6132-9 du CSP.

²³² Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, décideur santé, LEH édition, 2017, p.35.

²³³ Article R. 6132-9-I-2° du CSP : « Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de l'instance équivalente lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement, et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive ».

A ce sujet, il est intéressant de noter que « nonobstant la noria de formations collégiales prévue par les textes qui organisent les GHT, la convention précitée n'a pas davantage pour conséquence de priver les instances de chaque établissement signataire de leurs prérogatives. Il est d'ailleurs symptomatique de relever que, faute d'avoir une vision claire de cette problématique, le ministère de la Santé a écrit qu'« en ce qui concerne le positionnement des CME des établissements parties sur le PMP, il est prévu que la convention constitutive des GHT détermine les conditions d'articulation entre les CME des établissements parties, selon des modalités à définir ». Curieuse préconisation qui renvoie à une négociation contractuelle la mise en œuvre de dispositions légales et réglementaires qui fixent les compétences des CME ». Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 923.

²³⁴ Article L. 6132-2-II-5° b du CSP.

commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ». L'étude d'impact souligne que seul 1/5^{ème} des GHT a opté pour la CME de GHT²³⁵. Le pas est donc franchi de la rendre obligatoire. Ce qui présentera, *a minima*, l'intérêt de simplifier la gouvernance médicale.

Le nouvel article L. 6144-2-II dispose, en effet, que « La commission médicale de groupement contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement. Elle contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » et renvoie à un décret le soin de déterminer les conditions d'application de cette disposition, « notamment la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement ainsi que les matières sur lesquelles elles sont consultées ». En écho à la création obligatoire d'une commission médicale de GHT, un renforcement réglementaire des compétences de cette dernière est attendu, conformément aux annonces du plan « Ma Santé 2022 ». Qui plus est, pour tirer les conséquences de l'institution obligatoire d'une CME de GHT (et de la mutualisation obligatoire des ressources humaines médicales), des mesures pourront être prises par voie d'ordonnance pour :

- « Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétence des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de GHT ainsi que les compétences de leurs présidents respectifs,
- Étendre les compétences des CME d'établissement et de groupement »²³⁶.

Le contour des attributions confiées sera fondamental. Néanmoins, les attributions de la commission médicale de GHT ne pourront se substituer aux attributions des CME des établissements parties qui, pour leur part, sont fixées réglementairement²³⁷. En conséquence et dans ce cadre, il est permis de se demander si la CME de GHT ne sera qu'une instance de coordination sur la réflexion et la stratégie médicale de territoire. Ce n'est, en tout état de cause, pas l'orientation retenue dans l'étude d'impact²³⁸ qui précise que : « Cette instance bénéficiera d'un socle de compétences

²³⁵ Étude d'impact du projet de loi de relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, p. 80.

²³⁶ Article 37-III-A de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

²³⁷ Article R. 6144-1 CSP.

²³⁸ Étude d'impact du projet de loi de relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, p. 80.

propre. L'objectif est que ce socle de compétences soit en lien avec les fonctions mutualisées. Cela doit s'accompagner d'une réflexion parallèle sur un élargissement général des compétences des instances médicales, qu'elle soit au niveau de l'établissement ou du groupement. Cela pourra, à titre d'illustration, concerner les relations avec la médecine de ville, la qualité de vie au travail des personnels médicaux, etc ». Il est également possible, en relation avec le renforcement annoncé des compétences de la Commission médicale de GHT, d'envisager qu'elle aura la possibilité de se prononcer et de donner un avis consultatif, outre sur la convention constitutive du GHT et ses avenants et le projet médical partagé sur : la politique de coopération territoriale du GHT, la GPEC médicale du territoire et la politique de recrutement des emplois médicaux sur le territoire, l'organisation interne au GHT *via* les pôles inter établissements et leur cohérence au regard du projet médical partagé et, enfin, sur les modalités d'accueil des internes et étudiants sur le territoire du GHT.

L'un des enjeux du renforcement des compétences de la CME de GHT réside dans la réussite des pôles inter-établissements et des actions des chefs de pôle inter-établissement. Un autre volet aura de l'importance en fonction de sa mise en œuvre ou non par les établissements : il s'agit de la fusion possible des CME des établissements parties avec la CME de GHT.

2 - L'impact en termes de coordination voire de fusion ou substitution des commissions médicales locales

L'article 37-III- A. de la loi du 24 juillet 2019 dispose : « Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, en vue, d'une part, de tirer les conséquences des dispositions du I du présent article sur les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire et de renforcer leur gouvernance médicale et, d'autre part, d'ouvrir une faculté aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à (...) 5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions médicales d'établissement et leur commission médicale de groupement hospitalier de territoire ».

L'étude d'impact²³⁹ du projet de loi évoquait déjà ce choix possible entre « l'unification ou la substitution de tout ou partie » des instances représentatives ou consultatives des établissements membres du GHT. Il s'agit d'assurer plus de cohérence au niveau territorial et de supprimer les doublons afin d'éviter le « millefeuille » administratif car au fur et à mesure que l'intégration progresse, les instances des établissements sont amenées à se prononcer sur des sujets identiques. L'opportunité de fusionner les instances de chacun des établissements, d'une part, et des établissements avec celles du groupement, d'autre part, est donc posée. Deux mécanismes sont donc envisagés : soit les établissements peuvent fusionner leurs instances soit ils peuvent y substituer l'instance du GHT. Ce dispositif concerne les CME mais pas seulement ; il vaut également pour le directoire, la CSIRMT, le CTE et le CHSCT. C'est l'ordonnance qui organisera les conditions de la fusion des instances ou de la substitution²⁴⁰. Des questions subsistent en termes de faisabilité : comment une fusion peut-elle être organisée quand il s'agit d'instances de représentation du personnel, comme la CME, constituées sur la base d'élections professionnelles propres à chaque établissement partie ? Comment cela est-il envisageable sans prévoir la fusion des établissements publics de santé qui conserveraient leur autonomie juridique et financière ? D'autre part, comment ce dispositif sera-t-il organisé sachant que les attributions des instances des établissements et celles du GHT ne se rejoignent actuellement pas parfaitement ? Quelle articulation sera envisagée dans la mesure où la loi semble laisser la possibilité de ne fusionner ou substituer que certaines instances ? Comment fusionner des directoires en l'absence de direction commune compte-tenu du fait que chaque directoire est présidé par un directeur d'établissement ?

Au regard de ces questions, l'impatience des hospitaliers quant à la publication de l'ordonnance ne fait pas de doute. Cette dernière précisera, selon l'article 37-III-9° de la loi, « les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° du présent article, ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection ».

²³⁹ Idem.

²⁴⁰ Néanmoins, on constate que le conseil de surveillance n'est pas concerné par ce dispositif de fusion ou substitution d'instances.

Quoi qu'il en soit, les évolutions présentées *supra* ouvrent le chemin, de manière indéniable, vers un renforcement de l'intégration des établissements.

Section 2 - L'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales sur le niveau d'intégration des établissements publics de santé

Au-delà des enjeux exposés en première partie, il est permis de rechercher si le législateur a voulu renforcer l'intégration entre les établissements publics de santé parties à un GHT avec la mutualisation des ressources humaines en son sein (A). Si tel est le cas, il convient de se demander si cette évolution est adaptée à tous les GHT et si la fusion des établissements publics de santé d'un même GHT n'est pas inexorable (B).

A - Une évolution obligatoire pensée comme un moyen de renforcer l'intégration

La lecture de l'exposé des motifs du projet de loi comme de l'étude d'impact permet d'affirmer qu'il ne fait aucun doute que le législateur a pensé un renforcement de l'intégration des établissements publics de santé parties à une groupement (1). Ce constat est confirmé par le poids de l'habilitation à légiférer par ordonnance (2).

1- Un objectif posé comme tel dans l'exposé des motifs et l'étude d'impact du projet de loi

La description des objectifs poursuivis par l'article 10 du projet de loi, au sein de l'étude d'impact, est claire : « Le facteur commun des modifications et ajouts opérés par le présent article est un gain en mutualisation et en intégration, cohérent avec la mise en œuvre d'une stratégie médicale commune robuste, rendant possible un fonctionnement plus lisible, et des filières de soins plus efficaces. Le présent article se propose ainsi de renforcer la dynamique de coopération et d'intégration sur trois plans »²⁴¹. Au sein du projet de loi, la rédaction de l'intitulé de l'article 10 ne laisse pas

²⁴¹ Étude d'impact de l'avant-projet de loi, dossiers législatifs consultables sur Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>), p.79. Les trois plans visés par l'article sont : la mise en place obligatoire d'une

non plus la place à l'ambiguïté : « Article 10 - Renforcement de l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire ». De la même façon, la rédaction de l'intitulé du chapitre dans lequel est inséré l'article est sans équivoque : « CHAPITRE III – renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration ». L'objectif de gain en mutualisation et intégration est clairement posé. Il est permis de s'interroger sur la place du volontariat auquel il est fait référence dans le titre de ce chapitre. Il importe de souligner que cette place accordée au volontariat ne concerne que le troisième volet de l'article, à savoir le droit d'option concernant certains champs spécifiques. L'étude d'impact précise les options envisagées et les orientations retenues. « En ce qui concerne les instances médicales de groupement, l'alternative aurait pu consister à adjoindre des incitations financières au choix de la formule la plus intégrative, actuellement existante mais qui n'a été adoptée que par 20 % des groupements »²⁴². Néanmoins, cette option n'a pas été retenue au regard du contexte budgétaire contraint qui a conduit à réserver des financements dédiés prioritairement à de nouvelles organisations de prise en charge des patients, plutôt qu'à la gouvernance. De la même manière, une incitation financière aurait pu être envisagée pour encourager la mutualisation des ressources humaines médicales.

Mais, comme vu supra, cette modalité mise en œuvre en 2017, n'a connu qu'un impact limité, conduisant à privilégier l'option d'un changement de la norme. « S'agissant du droit d'option, il n'apparaît pas d'autres options que la modification du cadre législatif, puisque ces possibilités d'approfondissements, sur la base du volontariat, sont créées par dérogation à des dispositions législatives existantes. Il aurait pu être envisagé de rendre obligatoire pour tous les groupements de telles mutualisations, mais, au regard du niveau de maturité hétérogène des groupements, cette possibilité n'a pas été retenue »²⁴³. Ainsi, même si la loi de juillet 2019 ne va pas

CME de GHT ; la mutualisation des ressources humaines médicales et, enfin, il s'agit de permettre aux établissements membres d'un groupement, lorsqu'ils sont volontaires pour davantage d'intégration, de faire un pas supplémentaire dans la mutualisation de certaines compétences, ce qui n'est pas actuellement permis par la loi, en mettant en place un droit d'option. Plusieurs champs sont visés dans ces dispositions : la mutualisation de trésorerie, La présentation d'un programme d'investissement et d'un plan global de financement pluriannuel uniques, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique et l'unification ou la substitution de tout ou partie de leurs instances.

²⁴² Idem, p. 83.

²⁴³ Idem, p. 84.

au bout du processus intégratif, elle s'inscrit pleinement dans le mouvement initié en 2016. Le poids de l'habilitation à légiférer par ordonnance confirme ce mouvement.

2 - Le poids de l'habilitation à légiférer par ordonnance

Des dispositions de la loi habilite le gouvernement à prendre des mesures législatives par voie d'ordonnance qui amplifieront la dynamique de restructuration des activités hospitalières. Ainsi, une habilitation à légiférer par ordonnance permettra de compléter les dispositions législatives. Il s'agira, d'une part, de tenir compte de l'évolution de la gouvernance médicale et des compétences gérées au niveau du groupement hospitalier de territoire, sur l'articulation entre les instances, leurs compétences, les compétences des chefs d'établissements parties et support de groupement en matière de gestion des ressources humaines médicales. Il sera question, d'autre part, de prévoir le cadre légal du droit d'option relatif à la fusion et substitution des instances dans le respect de la représentativité des personnels des établissements concernés et du principe d'élection. C'est précisément l'objet de l'article 37-III A. qui dispose que « Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution²⁴⁴ et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, (...) le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi ». L'habilitation à légiférer par ordonnances pour 6 des 23 articles du projet de loi a été annoncée comme résultant du besoin de mener une concertation plus approfondie sur certains sujets (hôpitaux de proximité, statuts médicaux) tout en respectant le calendrier arrêté pour la réforme des études médicales. Quoi qu'il en soit, ce recours révèle une volonté politique forte de poursuivre la réforme de 2016. Pour autant bien que Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, ait indiqué lors des questions au gouvernement à l'Assemblée Nationale sur le projet de loi « ma santé 2022 », qu'il ne s'agissait que d'une « brique de la transformation globale du système de santé », il est permis de se demander comment ce texte sera reçu, un peu plus de trois ans après la dernière réforme, par les hospitaliers. Et plus encore, si l'évolution introduite est adaptée à tous les GHT.

²⁴⁴ Art 38 de la Constitution : « Le Gouvernement peut, pour l'exécution de son programme, demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi ».

B - Une évolution adaptée à tous les GHT ?

Les scénarii sont différents selon qu'une direction commune est d'ores et déjà en place ou qu'un CHU est partie au groupement (1). Quoi qu'il en soit, la question se pose de savoir si, à terme, la fusion est évitable (2).

1 - L'hypothèse d'une direction commune déjà en place et/ou d'un CHU, établissement support

Le GHT selon qu'il est associé ou non à une direction commune n'a pas la même force intégrative²⁴⁵. En effet, « mise en perspective avec les compétences spécifiques reconnues au chef de l'établissement support, la direction commune, calquée sur le périmètre du GHT, confère l'intégralité des compétences et responsabilités des chefs des établissements des établissements parties au groupement au chef de l'établissement support du GHT »²⁴⁶. Il s'agit d'un dispositif simple pour un pilotage efficient, sans avoir besoin de constituer une structure de coopération supplémentaire. L'addition des deux conventions, de GHT et de direction commune, se traduit nécessairement par une gouvernance facilitée. Il convient de noter que la direction commune est souvent considérée comme une étape vers la fusion. Quoi qu'il en soit, il est probable que la loi de juillet 2019 soit plus simplement reçue et plus aisée à mettre en œuvre dans les établissements appartenant à un GHT dont le périmètre coïncide avec celui d'une direction commune.

A l'inverse, le sentiment, et la réalité, de la perte d'autonomie pourraient être plus prégnants dans un GHT dont l'établissement support est un CHU. Ce phénomène s'explique par la position particulière des CHU. Il faut en effet distinguer selon que le GHT comprend ou non un CHU : dans le premier cas, il est membre partie au GHT ;

²⁴⁵ Pour rappel, la direction commune repose sur une délibération identique des conseils de surveillance de plusieurs établissements publics de santé et se traduit par une convention de direction commune. Cf. art. 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Dans le cadre d'une direction commune, chaque établissement conserve sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances. Et le directeur en charge de la direction commune assume pour chacun des établissements les missions de chef d'établissement.

²⁴⁶ Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) in Actualités Jurisanté, n° 86, Janvier 2016, page 21 et suivante.

dans le second, le GHT sera associé à un CHU²⁴⁷. Cette association se justifie par les missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels médicaux²⁴⁸, les missions de recherche, les missions de gestion de la démographie médicale et les missions de référence et de recours pour lesquelles les CHU assument la coordination au sein du GHT²⁴⁹. De plus, même si cela ne figure pas expressément dans les textes, cette mission de coordination confère nécessairement au CHU la position d'établissement support dans son GHT²⁵⁰. Par conséquent, la place laissée au concept de subsidiarité, quand celui-ci a vocation à s'exprimer, est parfois réduite à portion congrue obérant de manière importante l'autonomie des établissements de proximité ou de taille moyenne. En définitive, la présence dans un GHT d'un CHU, naturellement fort de sa position sur le territoire, accentuera inexorablement le mouvement intégratif²⁵¹.

Ces deux spécificités posées, la question reste entière de savoir quels sont les risques en germe dans cette réforme qui assoit davantage une démarche intégrative des établissements publics de santé et semble constituer un pas supplémentaire vers la fusion.

2 - Vers une inexorable fusion ?

Il apparaît évident que l'appropriation de la loi de juillet 2019 par les GHT sera simplifiée si le GHT connaît d'ores et déjà un fonctionnement intégratif et sera plus délicate si le GHT repose sur une organisation coopérative sans direction commune. Les développements qui précèdent conduisent, quoi qu'il en soit, à penser que la

²⁴⁷ Article L 6 132-1 du CSP.

²⁴⁸ À ce titre, l'université est responsable de l'attribution des lieux de stage, dont la répartition doit obéir à la fois aux exigences pédagogiques et à la nécessité de répartir sur le territoire couvert par le GHT les futurs professionnels.

²⁴⁹ Le mode d'emploi des GHT fourni par le ministère de la Santé précise : « Il apparaît souhaitable de valoriser la dimension hospitalière et universitaire en permettant à tous les GHT, y compris ceux qui n'auraient pas de CHU parmi leurs membres, de bénéficier de l'expertise de ces établissements dans certains domaines et de construire une stratégie d'alliance réciproque » in GHT, mode d'emploi, 15 points clés - Vade-Mecum, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, édition du 26 mai 2016, p. 19, (disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf).

²⁵⁰ Le CHU a ainsi vocation à devenir « le grand architecte du GHT » in Marie-Laure Moquet-Anger, *Droit hospitalier*, LGDJ, 5^{ème} édition, p 145.

²⁵¹ Le choix de l'établissement support revêt définitivement une importance particulière si l'on envisage la position de Jacques Hardy, selon lequel, il y a « une volonté de faire des hôpitaux publics des services déconcentrés de l'ARS, pour les établissements supports et de ces derniers pour les établissements parties à la convention de GHT. » in Jacques Hardy, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 920.

fusion, étape ultime de l'intégration, est inéluctable. Certains auteurs analysaient déjà la réforme de 2016 et la mise en place des GHT comme une « préfusion »²⁵². Par exemple, Sabrina Mokrani écrivait : « les règles encadrant les GHT contreviennent à l'esprit de la coopération et le mécanisme semble être plus en cohérence avec la notion de fusion »²⁵³. Dans le même esprit, Me Laurent Houdart soutenait que : « le GHT ressemble à de la coopération, il porte la dénomination de groupement mais est en réalité un pas définitif vers la fusion »²⁵⁴. Dès 2016, la question s'est ainsi posée de savoir si le GHT n'était pas un projet de fusion dissimulé traduisant une volonté de ménager les apparences en conservant un semblant d'autonomie aux établissements parties tout en allant vers plus d'intégration.

On peut regretter que l'acte II du GHT ne lève pas cette ambiguïté. Il est même permis de penser qu'il la renforce en instaurant une mutualisation dans le champ stratégique des ressources humaines médicales. Les hospitaliers estimeront, peut-être, que la loi « ma santé 2022 » est une occasion manquée de sortir du « désenchantement » suscité par l'acte I des GHT²⁵⁵. Ceci est d'autant plus vrai que la dynamique intégrative va très certainement dans le sens de l'histoire et que les dirigeants hospitaliers, notamment les acteurs RH, sont convaincus de la nécessité de développer, comme certains l'ont fait depuis longtemps, des stratégies de groupe et des coopérations, notamment pour la gestion des ressources humaines médicales. Il est, par ailleurs, intéressant de souligner qu'au regard du discours du Président de la République, le 18 septembre 2018, lors de la présentation de la stratégie nationale de santé « Ma Santé 2022 », était annoncée à propos des groupements hospitaliers de territoire, la « création d'un droit d'option pour expérimenter de nouveaux modes de gouvernance, mutualiser de nouvelles compétences ou simplifier la procédure de fusion des établissements au sein des GHT pour ceux qui veulent aller plus loin dans l'intégration ». Et, cette annonce avait fait espérer, à certains, que la loi allait « accorder

²⁵² Idem ou Laurent Houdart, « GHT : il faut sortir du « torrent tumultueux » de la pré-fusion et se lancer dans la fusion », APM, 9 septembre 2015.

²⁵³ Sabrina Mokrani, « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », *les cahiers de droit de la santé*, n° 24, 2017.

²⁵⁴ Laurent Houdart, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue droit et santé*, Hors-série 2016.

²⁵⁵ Cf. sondage IFOP « les GHT un an après » réalisé auprès d'un échantillon de 1089 managers du 17 mai au 9 juin 2017 in Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, décideur santé, LEH édition, 2017, p.195. On y lit aussi : « un tel désenchantement, qui est sans doute à la hauteur de l'attente suscitée par cette réforme, doit être pris en compte par les autorités, au risque de voir le découragement gagner les esprits ou se développer des stratégies toujours stériles de contournement, voire d'opposition ».

aux établissements qui le souhaitent le droit de doter les GHT de la personnalité morale. C'était l'enjeu du fameux droit d'option »²⁵⁶.

Le sentiment d'entre-deux²⁵⁷ pourrait être renforcé par les évolutions récentes des textes relatifs à la fusion qui ont pu faire penser à une mise en œuvre à plus court terme. Pour mémoire, la fusion est la transformation de deux ou plusieurs établissements qui se regroupent au sein d'une même entité juridique tout en laissant coexister différents sites géographiques. Il y a transfert des activités et des personnels relevant d'un seul et même employeur. Le dispositif de fusion est prévu par l'article L. 6141-7-1 du CSP et a été aménagé par l'ordonnance du 19 janvier 2017²⁵⁸ qui a ouvert la possibilité de réaliser des « fusions absorptions » là où auparavant seules étaient possibles les « fusions créations ». La « fusion absorption » présente l'avantage de la continuité pour au moins un des établissements, ce qui sera particulièrement intéressant s'il s'agit d'un CHU. Il importe néanmoins de souligner que ce processus suscite souvent des oppositions locales liées à la crainte d'une moindre proximité de l'offre de soins et à la perte d'emplois. Ce sont vraisemblablement ces freins politiques qui maintiennent la fusion comme une perspective plus ou moins lointaine.

Pourtant, sur le terrain, l'attente sera forte de sortir de la confusion juridique installée par la LMSS et maintenue par la loi de juillet 2019. Les responsables hospitaliers, et plus largement la communauté des hospitaliers, attendent des réponses aux questions nombreuses évoquées ci-dessus, notamment dans la gestion des ressources humaines médicales. La réponse à cette attente passera essentiellement par l'affirmation claire du positionnement des directions des établissements supports permettant de clarifier les périmètres de responsabilités institutionnelles et personnelles ; mais aussi par une clarification des modalités de simplification des ressources humaines médicales ainsi que des modalités de gouvernance simplifiée.

²⁵⁶ Laurine Jeune, « Ma santé 2022 -Projet de loi et GHT : vers un mode dégradé de fusion », 12 mars 2019. (consultable en ligne sur le blog du cabinet Houdart et associés : <https://www.houdart.org>).

²⁵⁷ Cf. l'article « Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau appellent à une évolution du périmètre des GHT » publié dans Hospimedia, édition du 21 juin 2018 dans lequel les propos suivants de Frédéric Martineau sont relayés : « les GHT sont actuellement au milieu du gué » ; « Désormais, même si cette réforme est jeune, les GHT doivent passer un cap tout en s'inscrivant dans la continuité de ce qui a été fait. Dans ce cadre, ils doivent s'interroger sur leur gouvernance, y compris les communautés médicales et soignantes ».

²⁵⁸ Ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant les procédures de fusion des établissements publics de santé et modifiant le CSP.

Conclusion

La réforme de 2016 a été considérée comme une réforme d'une ampleur inégalée. Le récent acte II de juillet 2019 confirme la logique de recomposition de l'offre hospitalière publique. Il illustre de nouveau la « volonté persistante du législateur de promouvoir la mise en réseau des établissements publics dans une optique de rationalisation financière et de répartition équitable des structures sur le territoire, mais aussi la difficulté à la tâche qui se heurte à l'inquiétude des établissements, de leur personnel et des élus locaux »²⁵⁹. En d'autres termes, l'autonomie des établissements publics de santé ne résiste ni à la primauté de la maîtrise des dépenses de santé, ni aux exigences de sécurité et qualité. Une fois encore la démonstration est faite que la coopération est un outil, parmi d'autres, de régulation des établissements publics de santé²⁶⁰ fondé sur le droit à la protection de la santé qui implique une intervention de l'État²⁶¹. Reste toutefois à attendre la suite de la réforme qui se matérialisera par voie d'ordonnance.

Malgré le sentiment d'entre-deux²⁶² évoqué *supra* et l'instabilité juridique qui caractérise le droit hospitalier²⁶³, cette nouvelle évolution législative reste une opportunité dont les hospitaliers se saisiront vraisemblablement, animés par la volonté de maintenir une offre de soins dans les territoires et une réponse adaptée aux besoins de santé. Dans le champ des ressources humaines médicales, cette évolution offre indéniablement une chance de porter une politique territoriale ambitieuse

²⁵⁹ Didier Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 9ème édition, 2017, p. 180.

²⁶⁰ Maxence Cormier, « Régulation(s) de l'hôpital public », *RDSS*, hors-série, 2015, p. 131. Dans cet article, Maxence Cormier définit la régulation comme « la fonction tendant à réaliser certains équilibres entre concurrence économique et d'autres impératifs d'intérêt général comme la protection de la santé publique, la sécurité sanitaire, la garantie d'un accès à un certain niveau de soins (...) voire la garantie du maintien de soins de proximité ». L'article L. 1110-1 du CSP selon lequel : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tout moyen au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

²⁶¹ Cf *supra* p 24.

²⁶² Certains parlaient déjà, au sujet des directions communes, de la nécessité de sortir des « faux semblants » in Jean-Marie Barbot, Julien Rossignol, *GHT et GRH, mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire, décideur santé*, LEH édition, 2017, p.196.

²⁶³ Il semble plus que répétitif de le dire de nouveau mais l'une des caractéristiques de l'hôpital public est bien qu'il « se trouve en permanence objet de réformes depuis la fin du siècle dernier. » in Benoît Apollis, « Quel hôpital public au début du XXIème siècle ? », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119 et s.

d'harmonisation des pratiques, de maîtrises des dépenses et d'amélioration des conditions de travail. Une telle transformation nécessitera toutefois une évaluation des modalités de coopération mises en œuvre. Par ailleurs, « Il conviendra notamment de veiller à la tentation bureaucratique pouvant conduire à alourdir les circuits de décision au sein des établissements du groupement et préserver une véritable gestion de proximité s'appuyant sur la responsabilité effective des acteurs ressource humaine locaux »²⁶⁴. Enfin, s'agissant « d'une réforme à haut risque social »²⁶⁵, sa mise en œuvre devra mobiliser autour d'un dialogue social équilibré et adapté à un modèle en transition.

²⁶⁴ Idem, p.197.

²⁶⁵ Idem, p.197.

Annexe 1

Convention constitutive de l'équipe médicale territoriale de médecine
d'urgence du groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne



GROUPEMENT HOSPITALIER DU TERRITOIRE HAUTE BRETAGNE

CONVENTION CONSTITUTIVE

EQUIPE MEDICALE TERRITORIALE DE MEDECINE D'URGENCE

DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE HAUTE BRETAGNE

ENTRE

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes,
Représenté par sa Directrice générale, Madame

Le Centre Hospitalier de Vitré,
Représenté par son Directeur, Monsieur

Le Centre Hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir,
Représenté par son Directeur, Monsieur

ET

Le Centre Hospitalier de Fougères,
Représenté par son Directeur, Monsieur

Vu Le projet régional de santé 2 (2018-2022) de la région Bretagne,

Vu Le Projet médical et soignant partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Haute-Bretagne, approuvé par le Directeur général de l'ARS de Bretagne en date du 11 août 2017,

Vu La concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes en date du 24 mai 2019,

Vu L'avis du 21 mai 2019 de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes,

Vu La concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Vitré en date du.....,

Vu L'avis du de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Vitré,

Vu La concertation avec le directoire du Centre Hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir en date du,

Vu L'avis du de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier intercommunal de Redon-Carentoir,

Vu La concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Fougères en date du,

Vu L'avis du de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Fougères,

Vu L'avis du Comité stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Bretagne en date du 25 février 2019,

Vu L'avis du Collège médical du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Bretagne en date du,

IL EST DECIDE

Article 1 - Objet

Une équipe médicale territoriale de médecine d'urgence est créée au sein du Groupement Hospitalier de territoire Haute Bretagne.

Article 2 - Dénomination

EQUIPE MEDICALE TERRITORIALE DE MEDECINE D'URGENCE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE HAUTE BRETAGNE

Article 3 – Personnalité juridique

L'équipe médicale territoriale de médecine d'urgence du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Bretagne ne dispose pas de la personnalité juridique.

Article 4 - Objectifs

- 1. Assurer et améliorer la qualité de la prise en charge des patients : fédérer les équipes médico- soignantes autour de projets communs.**

Partager les savoirs faire, harmoniser les pratiques :

- ✓ Protocoles communs, travaux communs, staffs communs ;

- ✓ Matériel uniformisé ;
- ✓ Partager les ressources locales au sein du territoire, diffuser la connaissance des ressources de chacun (plateaux techniques, spécialités médico-chirurgicales) ;

Travailler sur la mise en place de filières territoriales de prise en charge de pathologies identifiées. Mettre en place des parcours-patient type, du début (phase pré hospitalière) à la fin de la prise en charge, y compris le post-urgence ;

Mettre en place des formations médicales et soignantes communes, notamment en simulation, échographie, gestion de la violence, prise en charge de la douleur. Partager les compétences. Harmoniser les formations, favoriser certaines formations dans les plans de formation des centres hospitaliers et les synchroniser autour des objectifs communs ;

Favoriser et travailler sur les pratiques avancées des soignants ;

Introduire et diffuser de la recherche clinique au niveau du territoire ;

Travailler en commun sur la Qualité et Gestion des Risques.

2. Améliorer l'attractivité médicale du territoire

Travailler en commun sur les recrutements et les effectifs.

Diversifier les modes d'exercice de la Médecine d'Urgence en favorisant les postes partagés et les activités multi-sites des praticiens. Proposer systématiquement un exercice partagé pour tout nouveau recrutement pour permettre une pratique des 3 composantes de la Médecine d'Urgence (régulation médicale, SMUR, urgences hospitalières) et des différents modes d'exercice au sein du territoire.

Harmoniser les règles de fonctionnement et d'encadrement médical et des responsabilités de service.

Harmoniser la gestion du temps de travail médical.

Diffuser dès l'internat la culture territoriale : permettre d'accueillir des internes DESMU sur les différents sites.

- 4. Veiller à une organisation cohérente et anticipée de la permanence médicale et de la continuité des soins au sein du Groupement Hospitalier de territoire.**
- 5. Intégrer l'équipe territoriale à la gestion de crise, et contribuer à l'élaboration et à la gestion d'un dispositif Hôpital en tension territorial.**
- 6. Travailler en cohérence avec le PMSP du Groupement Hospitalier de territoire Haute Bretagne.**
- 7. Collaborer avec d'autres territoires si besoin, et notamment le territoire n° 6.**

Article 5 – Les moyens des objectifs

1. Disposer d'une politique de recrutement commune notamment en :
 - ✓ proposant sans imposer des postes partagés lors des recrutements ;
 - ✓ en publiant au nom de l'équipe de territoire des postes partagés.
2. Disposer de règles partagées de gouvernance, viables au long terme, favorisant la cohésion et la cohérence nécessaires à l'adhésion des équipes, via :
 - ✓ une convention constitutive (CC)
 - ✓ un règlement intérieur (RI)
 - ✓ un comité de pilotage (COPIL)
 - ✓ un médecin coordonnateur (MC)
 - ✓ un directeur référent (DR)
3. Disposer d'une organisation médicale partagée et validée au sein de l'équipe.
4. Disposer d'une charte du temps de travail médical au sein de l'équipe.
5. Favoriser le temps non posté des praticiens sur des missions territoriales.
6. Partager les plannings et l'état des ressources en temps réel et en transparence.
7. Intégrer la création de l'équipe territoriale dans le projet médical et soignant partagé du Groupement Hospitalier de territoire Haute Bretagne.
8. Développer les moyens de communication internes et externes de l'équipe.
9. Disposer d'un dispositif d'entraide entre services en cas de difficultés de planning.
10. Disposer d'une coordination forte entre les responsables des structures d'urgence afin de définir les procédures et les règles d'arbitrage en cas de difficultés sur des lignes de garde.

Article 6 – Modalités d'inclusion, d'exclusion, de retrait d'un membre

1. Nouveau membre :

La possibilité de rejoindre l'équipe territoriale est soumise au respect de la CC et du RI. Tout nouvel admis est réputé adhérer aux décisions déjà prises.

Toute nouvelle adhésion est soumise à l'avis favorable du COPIL et du Comité stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire.

2. Exclusion :

L'exclusion ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect grave ou répété aux obligations de la présente CC et/ou du RI, et à défaut d'une régularisation dans le mois après une mise en demeure adressée par le MC et/ou le DR (après avis du COPIL) restée sans effet.

3. Retrait :

Le membre désirant se retirer doit notifier son intention au MC et au DR par courrier en recommandé avec accusé de réception 6 mois avant la date proposée. Ces derniers en avisent le COPIL et le Comité stratégique du Groupement Hospitalier de territoire.

Il appartient au Comité stratégique d'acter le retrait et de déterminer dans quelles conditions ensuite l'activité menée en commun peut être poursuivie. La nouvelle répartition d'activité est soumise à l'avis du Comité stratégique du Groupement Hospitalier de territoire.

Article 7 – Principes fondateurs

1. Les établissements mettent en place une équipe territoriale sous la responsabilité médicale d'un MC. Les médecins de l'équipe territoriale restent sous l'autorité et la responsabilité de leur chef de service, chef de pôle et centre hospitalier employeur.
2. Les établissements restent titulaires de leurs autorisations respectives et de leurs activités.
3. Les activités professionnelles des praticiens sur un ou d'autres sites que leur site employeur se font sur la base du volontariat sauf dans le cadre d'un poste partagé.
4. Les établissements s'engagent à partager leurs données relatives à :
 - ✓ leurs organisations internes de service ;
 - ✓ leurs autorisations dans le champ de la médecine d'urgence ;
 - ✓ leurs conventions éventuelles avec d'autres partenaires dans le champ de la médecine d'urgence ;
 - ✓ les modalités de prise en charge des patients dans leurs services (SAU SAMU SMUR).

Article 8 - Modalités de fonctionnement

Elles sont détaillées dans le RI.

1. **La gouvernance :**

Elle est assurée notamment par un comité de pilotage, un coordonnateur médical et un directeur référent. Leurs missions et leurs moyens sont définis dans le RI.

2. **Les relations financières :**

Les modalités de répartition de charges éventuelles sont définies dans le RI.

3. Les responsabilités :

Les modalités relatives aux différentes responsabilités sont définies dans le RI.

4. Conciliation-Dissolution :

Conciliation :

En cas de différend survenant entre les établissements adhérents à l'équipe territoriale en raison de la présente CC et/ou du RI, les parties s'engagent dans un premier temps dans une démarche de conciliation auprès du MC et du DR, qui peuvent réunir, s'ils le jugent nécessaire, le COPIL à ce sujet. Si le désaccord persiste, le Comité stratégique du Groupement Hospitalier de territoire sera saisi et tranchera.

Dissolution :

Elle fait l'objet d'une décision conjointe des représentants des établissements après avis du COPIL et du Comité stratégique Groupement Hospitalier de territoire et après discussion en CME des établissements.

5. Le règlement intérieur :

Le règlement intérieur a pour objet de :

- ✓ préciser les conditions d'application des dispositions de la présente convention ;
- ✓ fixer toutes dispositions nécessaires au fonctionnement de l'équipe territoriale.

Il peut être ultérieurement modifié sur proposition du COPIL après avis du Comité stratégique du Groupement Hospitalier de territoire et des instances des établissements.

Article 9 – Date d'effet et durée

La présente convention est conclue pour une durée de 4 ans à compter du, tacitement renouvelable.

Article 10 - Évaluation

La présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle dans les conditions prévues au RI.

Fait à Rennes, le

La Directrice générale du Centre Hospitalier
Universitaire de Rennes,

Le Directeur du Centre Hospitalier de Vitré,

Le Directeur du Centre Hospitalier
intercommunal de Redon-Carentoir

Le Directeur du Centre Hospitalier de Fougères,

Annexe 2

Règlement intérieur de l'équipe médicale territoriale de médecine
d'urgence du groupement hospitalier de territoire Haute Bretagne



GROUPEMENT HOSPITALIER DU TERRITOIRE HAUTE BRETAGNE

REGLEMENT INTERIEUR

EQUIPE MEDICALE TERRITORIALE DE MEDECINE D'URGENCE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE HAUTE BRETAGNE

I. DISPOSITIONS GENERALES

1. Le présent règlement intérieur (RI) est une annexe de la Convention Constitutive (CC) et a pour vocation :

- ✓ de préciser les conditions d'application de la convention constitutive de l'équipe médicale territoriale de médecine d'urgence du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Haute Bretagne.
- ✓ de fixer toutes dispositions nécessaires à son fonctionnement.

2. Il doit être arrêté (et modifié le cas échéant) par :

- ✓ le comité de pilotage de l'équipe territoriale,
- ✓ le Comité Stratégique (COSTRAT) du GHT.

3. Il définit les modalités de pilotage, de fonctionnement et de gestion de l'équipe médicale territoriale.

II. GOUVERNANCE

1. Le Comité de pilotage (COFIL)

a. Composition

▪ **Des membres de droit** : pour un mandat de 2 ans renouvelable :

- ✓ Le responsable de chaque structure d'urgences de chaque établissement-membre ou son représentant ;
- ✓ Un Directeur d'un établissement-membre, ou son représentant, qui sera de fait le Directeur référent de l'équipe territoriale.
- ✓ Les copilotes de la filière « urgences soins critiques » du GHT HB (le cas échéant s'ils ne sont pas par ailleurs membre de droit).

▪ **Des membres désignés** : pour un mandat de 2 ans renouvelable :

- ✓ Un praticien et un suppléant de chaque structure d'urgence désigné selon des modalités internes à chaque service ;
- ✓ Pour le CHU, désignation de deux praticiens et deux suppléants, permettant ainsi de représenter l'ensemble des composantes de la Médecine d'Urgence.

▪ **Membres invités** :

Le Coordonnateur Médical (CM) et le Directeur Référent (DR) se chargeront d'inviter des membres de chaque établissement en fonction des sujets et notamment :

- ✓ des cadres supérieurs de santé
- ✓ des cadres de santé
- ✓ des Directeurs de Soins
- ✓ des représentants des usagers

b. Réunions

Au moins trois fois par an sur convocation du CM et du DR avec ODJ.

Ces réunions doivent réunir au moins la moitié des membres de droit représentant au moins trois établissements (dont au moins un représentant d'une direction d'un établissement).

c. Vote

A la majorité simple, un membre présent est égal à une voix. Pas de vote par procuration.

d. Procès-verbaux

Rédigés conjointement par le Coordonnateur médical et le Directeur référent, diffusés, puis approuvés à la séance suivante.

e. Missions du COPIL

- ✓ Arrête le règlement intérieur.
- ✓ Approuve les travaux du CM et du DR.
- ✓ Fixe les objectifs médico-soignants de l'équipe.
- ✓ Rend les arbitrages nécessaires à la régulation de l'équipe territoriale.
- ✓ Sollicite, autant que de besoin, la participation aux travaux et/ou aux instances, de cadres soignants, de représentants des usagers et/ou d'experts.

2. Le Coordonnateur médical (CM)

a. Désignation

- ✓ *Praticien désigné par le Directeur de l'établissement support du GHT sur proposition du président du Collège médical du GHT, parmi les praticiens membres du COPIL.*
- ✓ Élection entérinée en COSTRAT du GHT.
- ✓ Durée du mandat : 2 ans, renouvelables.

b. Moyens de ses missions

- ✓ Temps dédié à cette mission à hauteur de 0,2 ETP.
- ✓ Frais de déplacement pris en charge.
- ✓ Secrétariat dédié à hauteur de 0,2 ETP.

c. Missions - compétences

- ✓ Garantir la mise en œuvre des objectifs de l'équipe territoriale tels que définis dans la CC et le RI et dans le PMSP du GHT HB Filière « Urgences-Soins Critiques » ;
- ✓ Veiller au respect du règlement intérieur et de la convention constitutive ;
- ✓ Co-organiser et co-animer avec le DR les réunions du COPIL dont il est le président ;
- ✓ Veiller avec le DR à la continuité des soins et à la permanence des soins dans l'ensemble des structures d'urgence du territoire, en lien avec les établissements et l'ARS ;
- ✓ Rendre un avis, conjointement avec le DR, sur tout projet de recrutement et de publications de postes médicaux dans les services d'urgence du territoire et promouvoir le travail multi-site pour les praticiens ;
- ✓ Missionner, sur du temps non clinique, chefs de service, des praticiens référents désignés, pour travailler les objectifs par référence aux tableaux de service et à la en

lien avec les communs et partagés de l'équipe médicale territoriale, et en rendre compte au COPIL ; contractualisation en vigueur au sein de leur établissement employeur-,

- ✓ Veiller avec le DR à l'harmonisation des règles de définition et de calcul du temps de travail des médecins urgentistes ;
- ✓ Veiller à l'harmonisation des protocoles et à l'organisation des parcours de soins dans les filières identifiées pour la Médecine d'Urgence ;
- ✓ Favoriser la participation des personnels non médicaux aux travaux de l'équipe et de la filière du PMSP ;
- ✓ Travailler en lien avec le coordonnateur médical du DES MU ;
- ✓ Diffuser la connaissance de l'équipe territoriale auprès des internes, avec l'aide du coordonnateur du DES MU ;
- ✓ Établir, conjointement avec le DR, un bilan annuel du fonctionnement de l'équipe, présenté en comité de pilotage puis au COSTRAT du GHT après validation du COPIL ;
- ✓ Être le co-rapporteur avec le DR en COSTRAT du GHT.

3. Le Directeur référent (DR)

a. Désignation

- ✓ Désigné par le Directeur de l'établissement support du GHT, validation en COSTRAT.
- ✓ Mandat : 2 ans, renouvelables.

b. Missions- compétences

- ✓ Veiller au respect du règlement intérieur et de la convention constitutive ;
- ✓ Co-animer l'équipe et co-organiser les réunions du COPIL dont il est le Vice-Président ;
- ✓ Veiller avec le CM à la continuité des soins et à la permanence des soins dans l'ensemble des structures d'urgence du territoire, en lien avec les établissements et l'ARS ;
- ✓ Rendre un avis, conjointement avec le DR, sur tout projet de recrutement et de publication de postes médicaux dans les services d'urgence territoire et promouvoir le travail multi-site pour les praticiens ;
- ✓ Veiller avec le CM à l'harmonisation des règles de définition et de calcul du temps de travail des médecins urgentistes ;
- ✓ Établir, conjointement avec le CM, un bilan annuel du fonctionnement de l'équipe, présenté en comité de pilotage puis au COSTRAT du GHT après validation du COPIL ;
- ✓ Être le co-rapporteur avec le CM en COSTRAT du GHT.

III. LES PRINCIPES DU FONCTIONNEMENT MEDICAL

1. Composition de l'équipe :

L'équipe médicale territoriale est composée de tous les praticiens exerçant dans les structures d'Urgences prenant part à la convention, quels que soient leurs statuts.

Les internes de spécialité en font également partie (DESC MU ou DES MU).

Chaque chef de service des sites d'urgence de chaque établissement- membre transmet la liste mise à jour de ses effectifs au CM. Ces listes sont partagées par tous.

2. Exercice multisite : postes partagés ou missions ponctuelles

Sur la base du volontariat, les praticiens peuvent exercer dans plusieurs établissements.

Cet exercice multi-site peut se faire :

- ✓ sur des postes partagés : Le CM et le DR favoriseront ces pratiques.
- Ou
- ✓ lors de missions ponctuelles.

Les conditions d'organisation de ce temps de travail sur un autre établissement, devront permettre de faciliter et favoriser ces pratiques pour les praticiens exerçant sur un seul établissement, et devront être partagées par les établissements. La participation d'un praticien à ces missions ponctuelles est soumise à l'accord des chefs de service concernés.

3. Intérim

Dans un principe de solidarité, les établissements s'engagent à ne pas contractualiser de missions d'intérim avec des praticiens urgentistes membres d'un établissement-membre de l'équipe.

4. Plannings

Les plannings de l'ensemble des structures d'urgences sont partagés en temps réel par les établissements membres.

IV. STATUT - RECRUTEMENT – REMUNERATION

1. Statut

Le statut de praticien hospitalier n'est pas modifié par l'adhésion à l'équipe territoriale. Le contrat de travail doit être uniformisé entre les établissements membres.

2. Recrutement

Les praticiens sont recrutés par un des établissements membres.

Un exercice partagé est systématiquement proposé lors d'un recrutement par un établissement. Le praticien demeure libre d'accepter ou non un exercice partagé.

Les établissements et services membres s'engagent à informer le CM et le DR des recrutements en cours. Le CM et le DR veillent à la diffusion d'annonces de postes partagés territoriaux.

3. Rémunération

Les praticiens sont rémunérés par leur établissement employeur.

1/Postes partagés

Les praticiens exerçant par contrat sur plusieurs sites peuvent prétendre à la prime d'exercice territorial dans les conditions prévues par la convention de mise à disposition signée entre les établissements concernés.

2/ Missions ponctuelles

Les conditions de rémunération de missions ponctuelles dans un autre établissement membre, devront permettre de favoriser ces pratiques et devront être partagées entre les établissements.

V. PERMANENCE DES SOINS – CONTINUITÉ DES SOINS – TABLEAUX DE SERVICE

Chaque service membre est responsable de ses tableaux de service, doit les partager avec les autres établissements – membres, avec le coordonnateur médical et le directeur référent.

Les tableaux de service doivent être établis pour permettre au minimum d'avoir une visibilité continue sur les 4 mois suivants.

VI. ASSURANCE – RESPONSABILITÉ

Chaque établissement-membre reste responsable des actes réalisés et dommages éventuels survenus sur son site, y compris ceux réalisés par un praticien rattaché à un autre établissement- membre.

Les accidents de trajet, accidents du travail et maladies professionnelles demeurent de la responsabilité de l'établissement employeur. En cas de collaboration d'un praticien au fonctionnement du service d'urgences d'un autre établissement, cet établissement s'engage à faire parvenir dans les 48 heures toutes les informations permettant à l'établissement employeur de procéder à la déclaration réglementaire.

Annexe 3

Communiqué de presse relatif au
Contrat hospitalier de Territoire entre l'ARS Bretagne et le groupement
hospitalier de territoire Haute Bretagne



DOSSIER DE PRESSE

Rennes le 20 février 2018

Contrat Hospitalier de Territoire « ARS Bretagne - GHT Haute Bretagne ». L'ARS soutient financièrement les projets des établissements publics de santé du territoire pendant cinq ans.

Le 27 février 2018 au CHU de Rennes, les 10 établissements publics de santé membres du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute Bretagne ont signé un Contrat Hospitalier de Territoire (CHT) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne. Ce soutien financier de l'ARS, sur cinq ans, favorisera le déploiement du Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) du GHT afin de mieux répondre aux enjeux de santé publique du territoire n°5.

Fiche d'identité GHT Haute Bretagne

Constitué en juillet 2016, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute Bretagne s'intègre dans la continuité des coopérations déjà engagées entre les 10 établissements hospitaliers du territoire de santé n°5¹. A partir des orientations stratégiques inscrites dans la convention constitutive² du GHT, un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) sur 12 filières prioritaires (9 filières et 3 volets médicotecniques) a été formalisé dès l'été 2017.

► Création : 1^{er} juillet 2016

► 10 membres :

- CHU de Rennes
- CH de Montfort
- CH de Saint Méen Le Grand
- CH Intercommunal Redon/Carentoir
- CH Fougères
- CH La Roche aux Fées – Janzé
- CH Grand Fougeray
- CH Marches de Bretagne
- CH Vitré
- CH de La Guerche de Bretagne

► Capacité : 5 264 lits et places

► Moyens humains : 12 583 professionnels

- 1 065 médecins
- 458 internes
- 11 060 personnels non médicaux

► Budget de fonctionnement : 971.2 M€

¹ Le territoire de santé n°5 est délimité par les villes d'Antrain et de St Brice au nord, de Redon et du Grand Fougeray au sud, de Saint Méen le Grand et de Carentoir à l'ouest et de Vitré et Fougères à l'est.

² Convention constitutive du GHT Haute Bretagne signée le 30 juin 2016

Le Contrat Hospitalier de Territoire : un outil régional au service de la stratégie territoriale d'offre de soins

Afin d'accompagner la déclinaison opérationnelle de ce PMSP, l'ARS Bretagne a développé un outil : le Contrat Hospitalier de Territoire (CHT). Les mesures accompagnées dans le cadre d'un CHT sont de trois ordres :

- ▶ □ L'aide à la structuration et/ou au développement d'une filière de soins via des temps médicaux partagés ;
- ▶ □ Le soutien à certains investissements pour les établissements membres du GHT ;
- ▶ □ La mutualisation de certaines fonctions supports au sein du GHT.

La Bretagne compte 8 GHT, le GHT Haute Bretagne est le cinquième à signer un CHT avec l'ARS. Ce GHT est le groupement le plus important en termes de population couverte (28% de la population bretonne) et de nombre d'établissements de la Région Bretagne.

Un soutien sur 5 ans pour des projets au cœur des enjeux de santé du territoire

Les actions retenues dans le CHT « ARS Bretagne - GHT Haute Bretagne » s'inscrivent en cohérence avec les 12 filières prioritaires du PMPS, les priorités du Projet Régional de Santé et les enjeux de santé publique du territoire de santé n°5.

Ce contrat permet l'amorçage et l'accélération d'actions concrètes pour offrir à tous les patients un meilleur accès aux soins.

Une expertise décentralisée aux bénéfices des patients : 11 filières et 22 projets soutenus par l'ARS Bretagne

Partage de compétences, « décentralisation » des spécialités, renforcement de l'offre et de l'expertise de proximité, limitation des déplacements des patients... sont au cœur des projets du GHT.



A travers ce contrat, **22 projets repartis sur 11 filières se voient ainsi soutenus sur une période totale de 5 ans :**

- **Financement de temps médicaux partagés, à travers des postes de praticiens hospitaliers exerçant sur plusieurs sites, dans leurs spécialités, avec l'objectif de renforcer la structuration des filières de soins et d'en améliorer l'accessibilité sur l'ensemble du territoire :**
 - En **gériatrie**, un temps médical repartit entre le CHU et deux autres établissements ;
 - En **cancérologie**, un temps de praticien spécialiste partagé entre le CHU et les autres centres hospitaliers du GHT ;
 - En **neurologie**, notamment sur les filières « neuro-vasculaire » et « maladies neurologiques chroniques », mise en place d'un poste de PH partagé, réparti entre le CHU et le CH Intercommunal Redon/Carentoir, ainsi qu'entre le CHU et le CH de Fougères ;
 - En **hépato-gastro-entérologie et chirurgie digestive**, mise en place d'un poste de PH partagé en endoscopie interventionnelle entre le CHU et le CH Vitré. De la même manière, mise en place d'un temps de praticien partagé en endoscopie interventionnelle avec une double spécialisation « gastro-entérologie-cancérologie » entre le CHU et le CH Intercommunal Redon/Carentoir, ainsi qu'avec le CH de Fougères pour les activités d'endoscopie colorectale et de proctologie chirurgicale ;
 - En **chirurgie thoracique et vasculaire**, un renforcement du temps médical partagé afin d'y structurer la filière sur l'ensemble du territoire ;
 - En **endocrinologie**, financement d'un temps PH partagé apportant une expertise, notamment pour la prise en charge des troubles de la nutrition, entre le CHU et le CH Vitré ;
 - Pour consolider l'offre en **imagerie**, financement d'un temps médical partagé permettant le déploiement, à partir de 2019, de la télé-radiologie entre le CHU, le CH Intercommunal Redon/Carentoir, les CH de Vitré, Fougères, Redon. Il aura notamment pour mission la téléinterprétation, la formation et la coordination avec les équipes locales,
 - Pour la **prise en charge pédiatrique**, deux temps médicaux partagés : entre le CHU et le CH de Vitré ainsi que le CH de Fougères



Plus spécifiquement, certaines filières sont aussi accompagnées pour des aides à l'investissement ou la mise en œuvre de services innovants.

▪ **Filière urgences et soins critiques, personnes âgées :**

- Financement d'une astreinte infirmière de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD

afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charges des personnes âgées, limiter les appels au SAMU et les passages aux urgences ou hospitalisations la nuit (CHU, CH Intercommunal Redon/Carentoir, CH Fougères, CH Vitré); en complément, accompagnement d'une mission infirmière gériatrique au CHU assurant un lien avec les EHPAD afin de faciliter le retour des patients hospitalisés au CHU dans leur lieu de vie habituel (conseil téléphonique et aide à l'orientation 24h/24 et 7j/7).

- Poursuite du développement de consultations de télémedecine (équipement, poste infirmier, assistant télémedecine) dans les établissements de Redon/Carentoir, Fougères et Vitré, et développement dans quatre autres établissements membres à compter de 2019.

▪ **Filière cancérologie :**

- Mise en place de 3 postes infirmiers de coordination afin d'accompagner le patient et son entourage, d'organiser le parcours de prise en charge en cancérologie (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, réadaptation...) et de faciliter l'articulation entre les professionnels de soins de ville et les hospitaliers.

▪ **Filière pathologies digestives :**

- Création d'un poste d'IDE stomathérapeute en temps partagé à compter de 2019 entre le CHU, le CH Intercommunal Redon/Carentoir, les CH de Fougères et Vitré, et en lien étroit avec le CLCC.

▪ **Filière santé mentale :**

- Pour améliorer le circuit de l'urgence et de la gestion de crise, la mise en place dans les établissements du GHT d'un accès à l'application informatique « CIMAISE » du CHGR permettra de donner aux soignants une plus grande visibilité quant aux dispositifs psychiatriques existants et leur accès.

▪ **Filière pharmacie :**

- Étude préalable à l'automatisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux (automatisation de la préparation des doses unitaires, de préparation des



commandes globales, de dispensation nominative, automatisation du circuit des dispositifs médicaux) à l'échelle du GHT.

▪ **Filière imagerie :**

- Création d'un poste d'ingénieur à compter de 2019 afin de dresser un diagnostic territorial en matière de radioprotection (personnels et patients), et apporter conseils et propositions d'aménagements aux équipes locales pour harmoniser les pratiques.
- Organisation d'une ligne d'astreinte d'interne au CHU, positionnée sur le CH Intercommunal Redon/Carentoir (avec prise en compte des frais de déplacement et d'hébergement) notamment pour améliorer l'accès à l'échographie.

Une **évaluation de la mise en œuvre du contrat sera réalisée annuellement** avec l'ensemble des signataires sur la base d'indicateurs de mise en œuvre et d'activité, convenus collectivement avec l'ARS Bretagne et les membres du GHT Haute-Bretagne. Elle sera reliée à un suivi plus large de l'avancement du projet médical et soignant partagé.

Campagne 2017-2018 assistants spécialistes partagés

Dans le cadre de la campagne 2017-2018, l'ARS Bretagne finance également 53 postes d'assistants spécialistes partagés sur la subdivision d'internat du CHU de Rennes. Parmi ces postes :

- ▶ le CHU de Rennes est impliqué dans 44 projets, et employeur de 33 assistants spécialistes,
- ▶ 24 postes sont partagés entre les établissements du GHT Haute Bretagne (dont 1 poste en pharmacologie clinique).



Normes juridiques

Lois

- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.
- Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
- Loi n° 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et précisant les nouvelles conditions d'exercice du contrôle administratif sur les actes des autorités communales, départementales et régionales.
- Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Ordonnances

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant les procédures de fusion des établissements publics de santé.

Décrets

- Décret n° 2019-787 du 25 juillet 2019 modifiant le décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.
- Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n° 2017-603 du 21 avril 2017 modifiant le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition.
- Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 relatif aux médecins, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Établissement français du sang.
- Décret n° 85-384 du 25 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.
- Décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers.

Arrêtés

- Arrêté n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

- Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Circulaire et instructions

- Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires ».
- Instruction n° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire.
- Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.
- Circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Bibliographie

Ouvrages :

BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., *GHT et GRH, Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, Décideur Santé, LEH édition, 2017, 276 pages.

CADIN L., GUERIN F. et PIGEYRE F., *Gestion des ressources humaines*, éditions Dunod, 2007, 632 pages.

DE LAUBADERE A., GAUDEMET Y., *Traité de droit administratif*, Tome 5, 2000, Paris, LGDJ, 229 pages.

FRIER P-L. et PETIT J., *Droit administratif*, Domat droit public, LGDJ, extenso éditions, 10^{ème} édition, 2015-2016, 656 pages.

GEORGES P. M., LERCLERQ A., RETIF E., MOUCHET F., *Manager un service de ressources humaines ; stratégie, marketing, contrôle de gestion des ressources humaines : une vision innovante du management des ressources humaines*, les guides pratiques ressources humaines mangement, Gereso édition, 3^{ème} éd, 2017, 255 pages.

KELLER C., MOQUET-ANGER M-L., VILLENEUVE P., *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, coll. Fondamentaux, 2017, 187 pages.

LICHERE F., *Droit des contrats publics*, Les mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, 2014, 170 pages.

MOQUET-ANGER M-L., *Droit hospitalier*, LGDJ, 5^{ème} édition, 2018, 576 pages.

RICHER L., *Droit des contrats administratifs*, LGDJ, 2012, 798 pages.,

TRUCHET D., *Droit administratif*, Thémis droit, PUF, 5^{ème} édition mise à jour, 2013, 480 pages.

TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 9^{ème} édition, 2017, 317 pages.

TRUCHET D., *Le Droit Public*, Que sais-je ? 4^{ème} édition, 2018, 128 pages.

ZARKA J-C., *Les fondamentaux du droit public*, Collection fonction publique, Gualino éditeur, Edition 2017, 336 pages.

Mémoires :

CHARLES N., *Les groupements hospitaliers de territoire : entre coopération et restructuration*, Bordeaux, LEH Edition, 2018, Mémoires numériques de la BNDS.

RAFFROUX C., *Le statut de praticien hospitalier*, Université de Nantes, Master 2 Droit Social, Année universitaire 2011/2012.

VEDEL C., *La mise en place des groupements hospitaliers de territoire dans notre système de santé : enjeux et perspectives*, Bordeaux, LEH, Edition, 2017, Mémoires numériques de la BNDS.

Articles :

APOLLIS B., « Quel hôpital public au début du XXIème siècle ? », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119.

BERGOIGNAN-ESPER C., « L'hôpital public au sein du plan "Ma santé 2022" », *RDSS*, 2019, p. 15.

CHAMPENOIS G., « L'exercice du pouvoir de nomination du directeur de l'établissement support du GHT à l'épreuve des conventions de mise à disposition des fonctionnaires hospitaliers au bénéfice de l'établissement support », *Santé RH*, juin 2017, p. 15.

CLEMENT C., « L'autonomie des établissements de santé », *La Gazette de l'hôpital*, février 2016, n° 120, p. 1.

COPIN J-Y. « Groupement hospitalier de territoire et gestion des ressources humaines médicales et non médicales : il est urgent de se poser les bonnes questions », *Santé RH*, décembre 2016, p. 11.

CORMIER M., « Régulation(s) de l'hôpital public », *RDSS*, hors-série, 2015, p. 131.

DE MONTALEMBERT P., « Mission groupements hospitaliers de territoire – rapport de Fin de mission », *Gestions Hospitalières*, n° 554, mars 2016, p. 154.

DUPONT M., « Hôpital public et coopération sanitaire », *RDSS*, Hors-série, 2015, p. 23.

ESPAGNO D., « Le Droit français des concours : entre permanence et évolution », *Revue française d'administration publique* n° 142, 2012, p. 369.

GIRIER M., « L'ARRHESS et l'AFDS au Danemark : quel avenir pour les restructurations hospitalières ? », *Santé RH*, mars 2017, p. 10.

HOUDART L., « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue droit et santé*, hors-série 2016, p.106.

HARDY J., « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme hospitalière, le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n° 16/2017, 8 mai 2017, p. 920.

JEUNE L., « Ma santé 2022 -Projet de loi et GHT : vers un mode dégradé de fusion », 12 mars 2019. (consultable en ligne sur le *blog du cabinet Houdart et associés* : <https://www.houdart.org>).

KELLER C., LOAZEL M., « Coopération hospitalière et territoire », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 363, février 2016, p.41.

KELLER C. « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », *JCPA*, 13 juillet 2015, n° 28, p. 2229.

LESNE C., « GRH médicale et gouvernance médicale dans le projet de loi « ma santé 2022 » », *RHF*, janvier-février 2019, p.18.

LESNE C., « GHT, une fausse bonne idée pour la GRH », *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 2015, n° 566, p. 72.

MOKRANI S., « La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler », *les cahiers de droit de la santé*, N°24, 2017, p. 148.

MOQUET-ANGER M-L., « Médecins et hôpital », *RDSS*, Hors-série, 2015, p.119.

MOQUET-ANGER M-L., « Territoires de santé et égalité des citoyens », *RDSS*, Hors-série, 2015, p. 116.

MOQUET-ANGER M-L., « La continuité et l'accès aux services de santé », *RDSS*, 2013, p.21.

MOURIER Y., « Les trois positions des directions des ressources humaines en groupement hospitalier de territoire », *Santé RH*, juin 2016, p.15.

PRADALIE G., « Constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH*, Février 2016, p.10.

TANGUY H., GEY M. et DE LARD-HUCHET B., « Groupements hospitaliers de territoire, et maintenant comment sortir de la (con)fusion ? », janvier 2017, *gestions hospitalières*, n°562, janvier 2017, p. 14.

VAUCHEL V., éditorial du numéro spécial « temps de travail médical » de *Gestion hospitalière*, n° 553, février 2016.

ZACHARIE C., « Bien fondé et nécessité des coopérations hospitalières : état des lieux à l'aube de la réforme du système de santé de 2015 », *Finances hospitalières*, mai 2015, p.4.

Étude d'impact, guides et rapports :

ANAP, « Équipes médicales de territoire ; fiches pratiques ; mettre en œuvre et partager », octobre 2017.

ANAP, « Guide méthodologique des coopération territoriales », 2011.

CAP 22, rapport du Comité Action Publique 2022, sous la présidence de : Véronique Bédague-Hamilius, Ross McInnes, Frédéric Mion, « Service public, se réinventer pour mieux servir. Nos 22 propositions pour changer de modèle », juin 2018, 152 pages.

CNG, Synthèse du Rapport d'activité 2018 du CNG, 2019, 54 pages. :

CRC, rapport d'observations définitives en date du 12 septembre 2018 de la CRC Auvergne-Rhône-Alpes sur la gestion du Centre hospitalier de Valence, 92 pages.

CRC, rapport d'observations définitives en date du 18 juin 2018 de la CRC Bourgogne-Franche-Comté sur la gestion du Centre hospitalier de la Haute Côtes d'Or, 126 pages.

DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., MARYINEAU F., MULLER C. , , « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières », Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2014, 32 pages.

HUBERT J., MARTINEAU F., « Mission groupement hospitalier de territoire – rapport intermédiaire », Ministère des affaires sociales et de la santé, code la santé et du droit des femmes, Mai 2015, 52 pages.

HUBERT J., MARTINEAU F., « Mission Groupements hospitaliers de territoire – rapport de fin de mission », Ministère des affaires sociales et de la santé, février 2016, 50 pages.

Inspection générale de l'administration, Inspection générale des finances. « La mutualisation au service des communes, des intercommunalités et de leurs établissements », Inspection générale des finances, mai 2015, 78 pages.

LE MENN J., CHALVIN P., « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, novembre 2015, *la documentation française*, 274 pages.

Ministère des solidarités et de la santé, Étude d'impact du projet de loi de relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 206 pages.

Ministère des solidarités et de la santé, « Vade-mecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement / GHT mode d'emploi en 15 points clés », direction générale de l'offre de soins, mai 2016, 73 pages.

PRIBILE et NABET N., Rapport « Repenser l'organisation territoriale des soins, Stratégie et transformation du système de santé », 22 pages.

VERAN O., « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte – essor et dérives du marché de l'emploi temporaire à l'hôpital public » – décembre 2013, 28 pages.

Dictionnaires :

Dictionnaire de l'Académie française en ligne (<https://www.dictionnaire-academie.fr>).

Larousse en ligne (<https://www.larousse.fr>).

Presse :

« GHT : il faut sortir du « torrent tumultueux » de la pré-fusion et se lancer dans la fusion », Laurent Houdart, APM news, 9 septembre 2015.

« Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau appellent à une évolution du périmètre des GHT », Hospimedia, 21 juin 2018.

« La gestion des ressources humaines dans les GHT avance "à petits pas" face à l'épreuve du droit », Hospimedia, 5 février 2018.

« Ma santé 2022 : les députés adoptent l'intégration renforcée au sein des GHT », APM news, 22 mars 2019.

Divers :

Colloque adRHess, 9 avril 2015, « Coopérations et restructurations : La GRH hospitalière dans tous ses états ! », *écho actualités jurisanté*, n° 85, Septembre 2015, 15 pages.

Dossier de presse « Ma santé 2022 », engagement collectif, 18 septembre 2018, ministère des solidarités et de la santé.

Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches / Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) (Malakoff, FRA) *in* Actualités Jurisanté, n°86, Janvier 2016.

Table des matières

<i>Sommaire</i>	I
<i>Table des Abréviations</i>	II
Introduction.....	1
<u>Première partie</u> - De la faculté de mutualiser les ressources humaines médicales	11
<u>Chapitre 1</u> – Entre autonomie et contrainte, la mutualisation des ressources humaines médicales au cœur des enjeux du GHT	11
Section 1- Un cadre coopératif, innovant mais aussi limitant, en vue d'une mutualisation des ressources humaines médicales	12
A/ Coopération contrainte et faculté initiale de mutualiser les ressources humaines médicales au sein des GHT.....	12
1 / Le caractère obligatoire du GHT pour les établissements publics de santé	12
2/ Un dispositif « à étages » instituant la faculté de mutualiser les ressources humaines médicales	16
B/ Les limites à la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT	19
1/ Un GHT dépourvu de personnalité morale instaurant une complexité sociale et juridique	19
2/ Les incertitudes juridiques autour de la notion d'établissement support	21
Section 2- Au cœur de la stratégie de groupe déployée par le GHT, les enjeux de la mutualisation des ressources humaines médicales	24
A/ Des enjeux centrés sur les besoins des patients	24

1/ La garantie d'un accès à des soins sécurisés et de qualité ainsi qu'à une meilleure gradation des soins	24
2/ L'élaboration d'un projet médico-soignant partagé	26
B/ Des enjeux de complémentarité et d'attractivité pour les hospitaliers	28
1/ La mise en œuvre d'une stratégie de groupe au service de la complémentarité entre établissements publics de santé	28
2/ Le développement de l'attractivité des carrières médicales en faveur des praticiens hospitaliers	30
Chapitre 2 - Les instruments de la mutualisation des ressources humaines médicales au sein des GHT instaurés par la LMSS.....	33
Section 1 - Un transfert d'activité facultatif complété par deux outils	33
A/ Un transfert d'activité facultatif à la nature juridique incertaine	33
1/ La convocation de notions juridiques éprouvées : le mandat et la délégation ...	33
2/ Un transfert d'activité assimilable à une délégation de compétence aux effets juridiques incertains	35
B/ L'instauration de deux outils complémentaires : équipe médicale de territoire et pôles inter établissements	38
1/ L'équipe médicale de territoire	38
2/ Les pôles inter établissements	40
Section 2 - Des instruments peu mis en œuvre	45
A/ Malgré des dispositifs incitatifs.....	45
1/ L'appel à projet national pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés dans les GHT	45
2/ Le plan d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT	47
B/...Une mutualisation non généralisée	48
1/ Des inquiétudes et des interrogations qui perdurent en pratique	48
2/ Un développement limité portant en germe les évolutions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	49

<u>Deuxième partie</u> - ... à l'obligation de mutualiser les ressources humaines médicales au sein des GHT.	51
<u>Chapitre 1</u> - Les impacts de l'acte II du GHT sur les ressources humaines médicales	51
Section 1 – Les effets juridiques de l'extension aux ressources humaines médicales du transfert de fonction au profit de l'établissement support	51
A/ Une délégation de compétence obligatoire	52
1/ La confirmation d'une délégation de compétence obligatoire à l'issue des débats parlementaires	52
2/ L'incertitude relative à la cohérence de cette délégation obligatoire avec la gestion restée facultative d'équipes médicales de territoire	55
B/ Une mutualisation obligatoire associée à un assouplissement de la gestion des ressources humaines médicales	56
1/ Un objectif : la modernisation du statut de praticien hospitalier	56
2/ La simplification du recours à l'emploi médical contractuel	58
Section 2 - Les effets opérationnels de l'extension aux ressources humaines médicales du transfert de fonction au profit de l'établissement support	61
A/ Les compétences relevant d'un niveau central	62
1/ La gestion des effectifs et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, au centre de la mutualisation des ressources humaines médicales	62
2/ La gestion des rémunérations et de la formation, des champs à centraliser en vue d'une harmonisation des pratiques	65
B/ Les compétences à maintenir en proximité	66
1/ La gestion des contractuels et de l'intérim à maintenir au niveau local pour plus de réactivité	66
2/ Le cas particulier de la gestion du temps de travail	67
<u>Chapitre 2</u> - Les impacts de l'acte II du GHT sur la gouvernance et le niveau d'intégration des établissements parties au GHT	70
Section 1 - L'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales sur la gouvernance	70

A/ L'impact sur les fonctions de direction : un déplacement du centre de décision.....	70
1/ Le renforcement des compétences du directeur de l'établissement support	71
2/ Les interrogations relatives au pouvoir de nomination	73
B - L'impact sur la gouvernance médicale : une consolidation de l'échelon territorial	76
1/ La création obligatoire d'une commission médicale de territoire aux missions renforcées	76
2/ L'impact en termes de coordination voire de fusion ou substitution des commissions médicales locales	79
Section 2 - L'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales sur le niveau d'intégration des établissements publics de santé	81
A/ une évolution obligatoire pensée comme un moyen de renforcer l'intégration.....	81
1/ Un objectif posé comme tel dans l'exposé des motifs et l'étude d'impact du projet de Loi	81
2/ Le poids de l'habilitation à légiférer par ordonnance	83
B/ Une évolution adaptée à tous les GHT ?	84
1/ L'hypothèse d'une direction commune déjà en place et/ou d'un CHU, établissement support	84
2/ Vers une inexorable fusion ?	85
Conclusion	88
<i>Annexes</i>	IV
<i>Normes juridiques</i>	V
<i>Bibliographie</i>	VI

CHESSNAIS	Gaëlle	2019
-----------	--------	------

MASTER 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des professions et des institutions de santé »

**Mutualisation de la gestion
des ressources humaines médicales
au sein des groupements hospitaliers de territoire**

L'illustration d'une démarche intégrative

Face à la permanence des défis à relever dans les établissements publics hospitaliers français (pénurie médicale et problématique d'accès aux soins sur un territoire), un acte II des GHT s'est très récemment écrit avec la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette actualité législative concerne notamment les ressources humaines médicales dont elle impose désormais la mutualisation obligatoire. Cette évolution législative interroge sur l'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales dans le cadre des GHT. Entre faculté et obligation, coopération et délégation, ce nouveau texte législatif pose la question du niveau d'intégration des établissements publics de santé recherché par le législateur.

Mots clés :

Groupement hospitalier de territoire, ressources humaines médicales, mutualisation, coopération, établissements publics de santé, autonomie, intégration, stratégie de groupe, praticien hospitalier, personnalité morale, établissement support, attractivité, délégation, transfert, équipe médicale de territoire, pôles inter établissements, directeur, gouvernance, loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.