Université de Rennes
Faculté de Droit et de Science Politique
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Master 2 – Mention Droit de la Santé
Parcours : « Droit et Ethique des professions de santé et des institutions sanitaires »

L'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire : le rôle ambivalent du chef de file

---

Maxence GIBEAUX
Septembre 2024

Sous la Direction de : Madame Catherine KELLER, Directrice d'hôpital, Docteure en Droit, Enseignante-chercheuse, Directrice de l'Institut de Management (EHESP)

Membres du Jury :

- Madame Catherine KELLER, Directrice d'hôpital, Docteure en Droit, Enseignante-chercheuse, Directrice de l'Institut de Management (EHESP)
- Madame Moquet-Anger, Docteure en Droit, Professeure agrégée de Droit Public à l'Université de Rennes.

Université de Rennes
Faculté de Droit et de science politique
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques

Master 2 – Mention Droit de la Santé
Parcours : « Droit et Ethique des professions de santé et des institutions sanitaires »

L'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire : le rôle ambivalent du chef de file

---

Maxence GIBEAUX
Septembre 2024

Sous la Direction de : Madame Catherine KELLER, Directrice d'hôpital, Docteure en Droit, Enseignante-chercheuse, Directrice de l'Institut de Management (EHESP)

Membres du Jury :

- Madame Catherine KELLER, Directrice d'hôpital, Docteure en Droit, Enseignante-chercheuse, Directrice de l'Institut de Management (EHESP)
- Madame Moquet-Anger, Docteure en Droit, Professeure agrégée de Droit Public à l'Université de Rennes.

La Faculté de Droit et de Science Politique et L'Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS :

Je remercie Madame Catherine KELLER pour avoir accepté de diriger ce mémoire ainsi que pour son aide, ses encouragements et sa bienveillance.

Je remercie le Groupe Hospitalier du Havre et Monsieur TRELCAT pour m'avoir permis de réaliser ce stage qui a confirmé et renforcé mes ambitions professionnelles.

Je remercie sincèrement toute l'équipe de la cellule des marchés publics du Groupe Hospitalier du Havre pour m'avoir accueillie aussi chaleureusement. Je les remercie pour l'accompagnement et l'aide apportés tant sur le plan professionnel que personnel.

Je remercie Monsieur BABONNEAU et l'ensemble des équipes du CH de La Risle pour avoir répondu à mes nombreuses interrogations et remarques.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements. Je les remercie sincèrement pour leur patience.

SOMMAIRE

PARTIE I : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VU COMME UN CHEF DE FILE *11*

CHAPITRE I : UNE DYNAMIQUE D'INTEGRATION A TRAVERS LES TRANSFERTS D'ACTIVITES 11

CHAPITRE II : LE CHOIX ENTRE UN PROJET FEDERATIF OU INTEGRATIF....27

PARTIE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT REMIS EN QUESTION FACE A L'IMBROGLIO DE L'ORGANISATION DU GHT *43*

CHAPITRE I : LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT : LE PORTEUR D'UNE VISION TERRITORIALE 44

CHAPITRE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VOUE A DISPARAITRE ?.....58

TABLE DES ABREVIATIONS

Art : Article

ARS : Agence Régionale de Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMEG : Commission Médicale de Groupement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COSTRAT : Comité Stratégique

CSIRMT : Commissions des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique

CSP : Code de la Santé Publique

CTEL : Comité Territorial des Elus Locaux

DG : Directeur Général

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DSI : Direction du Système d'Information

GCS : Groupements de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

PMP : Projet Médical Partagé

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

SIH : Système d'Information Hospitalier

RSSI : Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information

« *Si tu veux construire un navire, ne rassemble pas tes hommes pour aller chercher du bois, préparer des outils, distribuer des tâches, alléger le travail... mais enseigne aux gens la nostalgie de l'infini de la mer*. » — Antoine de Saint-Exupéry, Écrivain et aviateur.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est un outil juridique innovant favorisant la coopération des établissements de santé. L'établissement support, établissement membre de ce groupement, tient le rôle le chef de file. Cette coopération nouvelle des établissements de santé réunie un ensemble d'acteurs ayant un projet commun : une égalité d'accès à « *des soins sécurisés et de qualité* »[1]. L'établissement support peut alors être assimilé à un « *vaisseau amiral* »[2] conduisant « *cette nouvelle flotte* »[3].

Le Groupement Hospitalier de Territoire est un outil de coopération territoriale. La finalité de la mise en place des GHT est d'avoir accès « *aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit* »[4]. Dans ce cadre, les établissements de santé élaborent un projet médical partagé (PMP) qui structure l'ensemble des filières permettant une prise en charge graduée du patient[5]. Ce document constitue le « *ciment du groupement* »[6]. Les GHT pourront, par la suite, organiser une mutualisation de leurs fonctions supports. La convention constitutive centralise l'ensemble de ces projets. Du fait de l'absence de personnalité juridique conférée au GHT, les fonctions prévues à l'article L6132-3 du CSP (Code de la Santé publique) sont assumées par l'établissement support.

Le GHT est constitué de deux types d'établissements : les établissements parties et l'établissement support. L'établissement support occupe une place particulière au sein du GHT. En effet, il est, de nombreuses fois, visé par le code de la santé publique. Cependant, il n'existe aucune définition de l'établissement support. Celui-ci est désigné par l'ensemble des

[1] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Membres : HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric - *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire* - Rapport intermédiaire - Mai 2015, p40

[2] BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017, p19

[3] Ibid., p19

[4] KELLER Catherine, MOQUET ANGER Marie-Laure, VILLENEUVE Pierre, *Le droit Hospitalier*, Collection : fondamentaux, Editeur : Presses de l'EHESP, 2021, p86

[5] Article (Art) R6132-3CSP

[6] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Membres : HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric - *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire* - Rapport intermédiaire - Mai 2015, p16

établissements membres au sein de la convention constitutive. En outre, dans certains GHT, le choix de l'établissement support est favorisé en fonction de la taille de l'établissement ou de sa nature juridique. A titre d'exemple, les CHU sont naturellement désignés comme établissement support[7]. Si les établissements membres du GHT ne parviennent pas à se mettre d'accord, il revient au directeur général de l'ARS de désigner celui-ci.

La participation à un GHT est variable. Premièrement, l'adhésion facultative ou obligatoire se matérialise par la signature de la convention constitutive. A ce titre, seuls les établissements de santé publics doivent adhérer au GHT. Par ailleurs, ils ne peuvent adhérer qu'à un seul GHT. Les établissements et service médico-sociaux adhèrent, quant à eux, facultativement à la convention constitutive. Deuxièmement, le GHT peut associer différents membres de manière facultative ou obligatoire. De fait, afin d'obtenir la valence universitaire, le GHT doit obligatoirement associer un CHU si celui-ci n'est pas un membre adhérant à la convention constitutive. Un CHU peut être membre associé de plusieurs GHT. Les établissements réalisant une activité d'hospitalisation à domicile sont obligatoirement associés à un GHT. Les partenaires facultatifs correspondent aux établissements publics de santé mentale et aux hôpitaux d'instruction des armées sous réserve d'un accord donné par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et d'une autorisation du Ministre de la Défense. Enfin, le GHT peut réaliser des conventions de partenariat avec des établissements de santé privés.

Le GHT constitue un outil juridique innovant du fait de la combinaison d'une double dynamique territoriale : la coopération et l'intégration. La coopération des établissements est nécessaire pour mettre en œuvre un parcours de soins coordonné. A titre d'exemple, le projet médical partagé doit viser la subsidiarité lors de la prise en charge du patient. L'ensemble des établissements sont alors impliqués. La dynamique d'intégration se matérialise par le transfert de certaines activités à l'établissement support. Le législateur avait l'objectif en 2016 de réaliser des économies d'échelles[8]. Les établissements parties sont alors déchargés de certaines fonctions au détriment de leur indépendance. Ainsi, cette intégration des établissements de santé au sein des GHT aboutit à une centralisation des activités sur l'établissement support.

[7] « *En France métropolitaine, 26 GHT ont pour établissement support un CHU* » - COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p54

[8] *« La rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* », loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Le terme de coopération signifie le fait « *de concourir à une œuvre ou à une action commune* »[9]. Le terme d'intégration correspond quant à lui à : « *faire entrer un élément dans un ensemble de sorte qu'il en devienne une partie constitutive* »[10]. Centraliser peut être défini comme le fait de « *dépendre des organes, des services d'un organisme central* »[11].

On pourrait alors rapprocher le GHT du fonctionnement des confédérations ou des fédérations : « *Association d'États indépendants ayant délégué, par traité, l'exercice de certaines compétences gouvernementales à des organes communs, sans constituer pour autant un nouvel État, par différence avec la fédération, où les liens entre les contractants sont si étroits qu'ils créent une véritable entité nationale* »[12]. La fédération est composée d'un Etat fédéral supérieur aux Etats fédérés. La confédération est une Union d'Etats qui conservent leur souveraineté.
Cependant, la création des GHT est obligatoire et certaines compétences ne sont pas déléguées mais bien transférées. Contrairement à la fédération, le GHT est encore loin de créer une intégration et une interdépendance complète des établissements. L'établissement support ne peut être assimilé à un Etat fédéral car il n'est pas une autorité supérieure aux établissements parties. Certes, il est doté d'un grand nombre de compétences mais il reste un établissement membre du GHT. Enfin, la gouvernance du GHT n'est pas associée à l'établissement support. Nous ne retiendrons donc pas cette définition bien qu'elle soit éclairante sur le fonctionnement du GHT.
La confédération semble se rapprocher davantage du fonctionnement des GHT. En effet, les établissements restent indépendants mais ils délèguent certaines de leurs compétences à une autorité. Celle-ci joue un rôle de coordination. Enfin, les décisions sont prises par l'ensemble des membres de la confédération[13].

En outre, l'établissement support peut être assimilé à un chef de file. Cette notion a été développée dans le cadre des lois de décentralisation[14]. Le chef de file joue un rôle de coordination de l'ensemble du groupe en exécutant certaines missions et actions. Le chef de file n'a pas de pouvoir de contrainte ou de sanction mais un simple rôle d'animation du territoire.

[9] Dictionnaire de l'Académie française (dictionnaire-academie.fr)
[10] Ibid.
[11] Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne.
[12] Dictionnaire de l'Académie française (dictionnaire-academie.fr)
[13] Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne
[14] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p28

La notion de chef de file est reconnue constitutionnellement depuis la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales[15].
Cette notion, bien connue des collectivités, semble avoir été étendue au domaine hospitalier par le biais de l'établissement support.
Celui-ci ne dispose d'aucun pouvoir de contrôle ni de sanction. Il exerce cependant trois types d'activités : des activités transférées par les établissements de manière obligatoire, les activités potentiellement déléguées et les activités mises en commun. Ainsi, comme le chef de file, il exerce des compétences de manière prioritaire sur les autres établissements, puis, il est doté d'un simple rôle de coordination concernant le reste des activités[16].

Le transfert des activités à l'établissement support entraîne la transmission des pouvoirs et des responsabilités au directeur de l'établissement support. Cette transmission est prévue légalement. Ces attributions précédemment exercées par les établissements parties sont alors détenues par l'établissement support.
La délégation de pouvoir désigne le fait que « *l'autorité délégataire est substituée à l'autorité délégante dans tous ses droits et obligations relatifs à l'objet de la délégation pendant la durée de celle-ci* »[17]. Cette délégation est nécessairement de nature conventionnelle et ne substitue pas la responsabilité du déléguant. De plus, la délégation suppose un contrôle de l'autorité délégante[18].

Ces deux types de régimes coexistent au sein des GHT et l'établissement support en est le destinataire. En outre, il existe une certaine confusion entre ces deux régimes entrainant une véritable ambiguïté concernant la place de l'établissement support[19].

[15] La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
[16] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p153
[17] CGCT, art. R. 1111-1
[18] Source Lexis 360 Intelligence - JurisClasseur Administratif - Encyclopédies - Fasc. 116-50 : COMPÉTENCES LOCALES. – Transferts, délégations, mutualisations, chef de file, concertation et contractualisation
[19] « *Cela est d'autant plus difficile que les responsabilités sont relativement floues entre le groupement, en tant que regroupement d'établissements, et son établissement support. Cette confusion existe au sein même du périmètre des fonctions mutualisées et assumées par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des membres. Ainsi, l'émergence des groupements hospitaliers de territoire ne s'est pas faite dans la quiétude, et un sentiment d'insécurité juridique a pu rapidement prendre le pas dans l'esprit des établissements membres.* » - DE LARD-HUCHET Brigitte, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, *Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions… Et presque autant de réponses !*, Gestions hospitalières, n°551, décembre 2015, pages 634-639

Nous nous intéresserons alors particulièrement à l'établissement support du GHT. Cet établissement a un rôle ambigu car le GHT est au « *milieu du gué* »[20]. L'établissement support constitue la véritable innovation de la loi de 2016. En effet, celui-ci « *assumera un rôle équivalent à celui, assuré, au sein de l'intercommunalité, par la collectivité « chef de file »* »[21]. En outre, l'établissement support reste un dispositif unique au secteur hospitalier. Il est investi de missions stratégiques devant « *favoriser l'efficience* »[22] : la mutualisation des fonctions et une efficacité de la prise en charge.

Cette ambiguïté est alimentée depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Celle-ci substitua le GHT à la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Cet outil de coopération créé par la loi HPST du 21 juillet 2009 établissait une coopération réservée aux seuls établissements publics de santé. La création d'un CHT résultait d'une initiative des établissements publics de santé. Cet outil était respectueux de leur autonomie car ils organisaient librement leur coopération par la signature d'un projet médical commun et d'une convention constitutive. Cette dernière définissait les activités et missions mutualisées ainsi que les ressources allouées. Enfin, les établissements faisaient le choix entre un transfert ou une délégation de compétences. L'ensemble de ces activités étaient alors portées par un établissement siège.

La Communauté Hospitalière de Territoire n'a pas rencontré un franc succès[23]. De plus, les CHT et les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) ne permettaient pas de mettre en place des projets structurés[24]. Cet échec a alors incité à la création du GHT.

[20] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p93

[21] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p218.

[22] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p19

[23] « *De même, le nombre de communautés hospitalières de territoire (CHT) est notoirement faible (39 en 2013, 45 à l'automne 2014* » - MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU-*Mission Groupements Hospitaliers de Territoire* - Rapport intermédiaire - Mai 2015, p11

[24] « *Dans les faits, au moment de la création des GHT, les coopérations structurées autour d'un projet commun entre établissements publics de santé présentaient un caractère hétérogène et peu dynamique.* » - COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020

Cet outil constitue une véritable « *rupture* »[25] par son caractère obligatoire. Afin d'obtenir une véritable adhésion des acteurs, le législateur a fait le choix de ne pas doter le GHT de la personnalité juridique. Le GHT se repose alors sur l'établissement support. Ainsi, cette ambiguïté de départ induit la possibilité pour les établissements d'organiser librement leur collaboration au sein de la convention constitutive. Ainsi, les établissements parties conservent leur autonomie juridique. Celle-ci fonde la limite d'action de l'établissement support. Le directeur de l'établissement support ne dispose pas des mêmes prérogatives pour l'ensemble des activités. Dans le cadre des fonctions mutualisées, l'établissement support est le chef de file du groupement. En dehors de ces activités, les établissements membres du GHT peuvent coopérer sous une éventuelle coordination de l'établissement support[26]. Cette caractéristique des GHT permet aux acteurs du territoire de s'organiser au sein d'une coopération efficiente.

Les GHT constituaient un modèle ambitieux de coopération face à un secteur en crise : « *Aujourd'hui, les GHT doivent apporter une réponse aux différentes évolutions auxquelles tous les pays sont confrontés : l'augmentation des besoins réels et ressentis de santé, l'accroissement des pathologies chroniques et, en parallèle, l'innovation en santé, qui pousse à l'installation de plateaux techniques toujours plus complexes et coûteux et à un mouvement de « surspécialisation » des médecins, offrant de nouvelles chances aux patients* »[27].

Face à une organisation jugée parfois complexe, la loi du 24 juillet 2019 et l'ordonnance du 17 mars 2021 adaptent les dispositifs du GHT. L'intégration des établissements de santé et la centralisation des activités sur l'établissement support sont renforcées[28]. En effet, cette réforme offre l'opportunité de fusionner différentes instances du GHT et des établissements parties. Les commissions médicales des établissements parties peuvent fusionner avec la commission médicale du GHT afin de constituer une commission médicale unifiée. Cette possibilité est étendue aux Commissions des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT) qui peuvent fusionner avec celle du groupement. Les GHT peuvent également établir divers

[25] Ibid., p18

[26] « *Cette gouvernance est à la fois lourde et déséquilibrée* » - ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p64

[27] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p19

[28] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p129

outils financiers comme un plan pluriannuel d'investissement et un plan global de financement pluriannuel. Ces deux éléments sont portés par l'établissement support.

Enfin, la loi du 24 juillet 2019 ajoute une fonction qui doit être transférée à l'établissement support : la gestion des ressources humaines médicales. Ce nouveau transfert favorise cette dynamique de concentration sur l'établissement support.
« *L'an II* »[29] des GHT renforce l'intégration des GHT autour de l'établissement support, porteur de la vision territoriale du GHT. Cette réforme a mis en place un certain nombre d'outils simplifiant l'organisation des GHT.
Cependant, cette vision reste trop restrictive : les établissements de santé organisent l'ensemble des activités mutualisées au sein de leur convention constitutive. Aujourd'hui, certains GHT préfèrent une coopération renforcée avec une participation de l'ensemble des établissements.
Le transfert des activités à l'établissement support n'est pas toujours entier. Le budget « G » qui constitue le compte de résultat annexé à l'établissement support retrace l'ensemble des coûts supportés par l'établissement support. Cependant, son montant et son utilisation restent limités.

Le législateur adapte au fur et à mesure les dispositions concernant le GHT. Ces réformes répondent aux difficultés rencontrées par les acteurs sur le terrain. Comme on a pu l'énoncer plus tôt, la loi du 24 Juillet 2019 et l'ordonnance du 17 mars 2021 favorisent l'intégration des établissements car l'organisation est jugée trop complexe et trop lourde[30]. Ces réformes s'appuient sur différents travaux qui mettent en exergue certaines difficultés nécessitants une adaptation.

La loi VALLETOUX du 27 décembre 2023 apporte un changement de paradigme : la possibilité de conférer la personnalité juridique au GHT. L'article L6132-5-2 du CSP laisse le choix entre une fusion ou la mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

[29] KELLER Catherine, *L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée*, Revue générale de droit médical n°72, Septembre 2019.
[30] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p33

Ces deux possibilités laissent une place mesurée à l'établissement support. Certains auteurs se demandent alors si on pourrait y voir l'émergence d'un établissement de santé de territoire[31].

Cependant, cette perspective semble lointaine et incertaine. En 2021 déjà, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait pu conclure : *« Au terme des travaux de la mission sur les groupements hospitaliers de territoire, vos rapporteurs s'accordent pour considérer que les résultats obtenus peinent à être à la mesure des efforts fournis* »[32].
La Cour des comptes en arrive également aux mêmes observations : « *Quatre ans après leur mise en œuvre, le bilan des GHT paraît en demi-teinte* »[33].

Le GHT est alors qualifié de « *bombe à fragmentation* »[34] car l'établissement support et les établissements parties sont imbriqués. On pourrait alors se demander quelle est l'utilité pratique de l'établissement support. Celui-ci reste doté de moyens limités face à l'importance de ses missions. Il est alors dans une situation incertaine.
De nombreux auteurs de la doctrine évoquent la complexité de cet outil juridique qui semble être une pâle solution face à un GHT dépourvu de personnalité juridique. Il est alors recommandé de centraliser les activités et la gouvernance vers l'établissement support. Cette centralisation semble possible par le biais de la fusion et de la direction commune. Cette centralisation pourrait alors être la prémisse d'un établissement territorial de santé.
Ce nouvel outil de coopération simplifierait la compréhension juridique face à un établissement support bâti sur des fondations mouvantes. L'établissement de santé de territoire permettrait la mise en place d'un réel budget qui retracerait l'ensemble des activités portées par le niveau territorial.

Cependant, il ne faut pas voir l'établissement de santé de territoire comme une solution absolue.

---

[31] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023.
[32] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p85
[33] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p123
[34] TANGUY Hervé, GEY Martine et de LARD-HUCHET Brigitte, *GHT : et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?*, Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017.

L'établissement support occupe une place, certes, ambigüe, mais qui permet une véritable organisation « taillée » aux besoins du GHT. En effet, l'établissement support peut jouer un rôle plus ou moins important selon les problématiques rencontrées par le groupement. L'établissement support peut alors être le porteur du GHT ou un simple outil permettant la mutualisation de certaines activités. Cette adaptation du rôle de l'établissement support aux spécificités territoriales constitue une véritable richesse pour construire un projet répondant aux enjeux de ce même territoire. Ainsi, une centralisation de l'ensemble des activités sur l'établissement support ne semble pas être un gage d'efficacité[35].

En outre, l'établissement support permet la réalisation d'économies d'échelle tout en assurant des services de qualité pour les activités mutualisées. A titre d'exemple, la mise en place d'une cellule des marchés publics favorise une réelle expertise juridique et financière sur les achats hospitaliers du groupement.

La loi VALLETOUX laisse encore de la place à cet établissement support. Le législateur ne semble pas aujourd'hui se diriger vers la disparition de celui-ci.
On peut alors se demander si l'établissement support a encore toute sa place au sein des GHT et si une évolution est encore à prévoir.

Il en vient l'enjeu suivant : Le rôle ambivalent de l'établissement support au sein d'un outil juridique unique : le GHT. Entre intégration et coopération : un chef de file remis en question ?

D'une part, le rôle de l'établissement support est un équilibre entre la coopération et l'intégration. La dynamique d'intégration se retrouve particulièrement dans le transfert de certaines compétences à l'établissement support. En effet, les fonctions supports sont centralisées sur l'établissement support. Cependant, la définition de ce transfert par le législateur reste souple. Ainsi, les établissements organisent ce transfert d'activités au sein de

[35] « *Ce dispositif, que j'ai inscrit dans la loi, conciliera la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales. Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire et le projet médical en sera le cœur* » - DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p1

leur convention constitutive. De plus, les établissements de santé peuvent déléguer ou mutualiser d'autres missions. Dans ce cadre, l'établissement support joue un rôle variable au sein des GHT : entre l'intégration et la coopération (Partie I).

Face à ce rôle, l'établissement support semble porter une vision territoriale nouvelle qui remet en question son utilité. En effet, l'innovation juridique de 2016 a entrainé une certaine centralisation des compétences sur le directeur de l'établissement support. Du fait de ses nouvelles prérogatives, le directeur est le président de certaines instances territoriales. En outre, le directeur de l'établissement support ne dispose pas d'une autorité hiérarchique sur le reste des établissements. Ainsi, au sein des instances, celui-ci ne dispose que d'un pouvoir symbolique. Enfin, les instances territoriales favorisent une double dynamique : centrifuge et centripète[36]. Cette complexité juridique et pratique nous amène à réfléchir sur la place de l'établissement support. *A contrario,* on peut également se demander si cette complexité constitue une richesse au sein de ces coopérations (Partie II)

[36] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

PARTIE I : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VU COMME UN CHEF DE FILE

Etant donné que le GHT soit dépourvu d'une personnalité morale, le législateur a créé la notion d'établissement support. Celui-ci porte alors l'essentiel des fonctions visant à être territoriales afin d'assurer une prise en charge commune et graduée du patient. Nous nous demanderons alors si ce rôle est satisfaisant.

Le législateur semble progressivement adapter le modèle selon les différents enjeux rencontrés par les acteurs. Le législateur a alors commencé par le transfert de quatre fonctions à l'établissement support. Le législateur a, cependant, laissé une grande latitude aux établissements afin d'organiser ces transferts d'activités au sein de la convention constitutive.
Le législateur a en même temps laissé la possibilité aux différents GHT d'organiser une mise en commun ou une délégation d'activités supplémentaires. Celles-ci ne sont possibles que si le GHT souhaite soutenir une dynamique de coopération. L'établissement support n'a alors plus la même autorité que pour les fonctions transférées. Il joue alors un rôle de coordination.

Il apparaît que l'établissement support a un statut spécifique dans le cadre des fonctions transférées (Chapitre I). Cependant, il joue un rôle plus modeste dans le cadre des autres fonctions mutualisées (Chapitre II).

CHAPITRE I : UNE DYNAMIQUE D'INTEGRATION A TRAVERS LES TRANSFERTS D'ACTIVITES ?

Le législateur a prévu, en 2016, le transfert obligatoire de quatre fonctions. Ces transferts visent à « *favoriser l'efficience* »[37]. En effet, le transfert de ces activités participe à la construction d'une offre commune et graduée à moindre coût. On peut alors observer une centralisation des activités sur l'établissement support. Ces fonctions sont, encore aujourd'hui, variablement transférées à l'établissement support. De fait, les fonctions supports sont, en partie, réalisées par les établissements parties. Ainsi, les établissements parties conservent une capacité d'action alors qu'ils devraient en être dessaisi dans le cadre du transfert. En effet, le

[37] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p19

législateur a parfois laissé une grande latitude aux GHT afin d'organiser ces fonctions supports (Section I).

Le dernier ajout de la loi du 24 juillet 2019 étend les prérogatives de l'établissement support. Cependant, encore une fois, le législateur a été prudent en laissant une latitude aux GHT pour structurer ce dernier transfert selon les spécificités territoriales[38] (Section II).

SECTION I : LE TRANSFERT VARIABLE DES FONCTIONS A L'ETABLISSMENT SUPPORT

Il apparaît que la fonction achat est la fonction dont l'établissement support assume le plus de missions (A).

Concernant les autres fonctions, le rôle de l'établissement support reste ambigu et dépend de la convention constitutive élaborée par les différents établissements du GHT. La formation est la fonction transférée la moins définie et abordée par la réforme. L'informatique, comprenant le système d'information hospitalier (SIH) et le département de l'information médicale (DIM), constitue une fonction stratégique dans le cadre du virage numérique des hôpitaux. En outre, législateur a plus ou moins précisé l'organisation de ce transfert. Il prévoit, notamment, la mise en place d'un DIM. Les GHT peuvent alors adapter le rôle de l'établissement support selon les besoins du groupement. (B).

I- La fonction achat : le rôle considérable de l'établissement support

Le directeur de l'établissement support est responsable de la passation des marchés sans que les directeurs des établissements parties contrôlent ceux-ci[39]. La fonction achat est assurément la fonction qui a été la plus rapidement transférée à l'établissement support. Dès 2019, 80% des GHT avaient mis en place une direction commune des achats[40]. Cette transition a été permise par l'ancrage au niveau national et régional des groupements de commandes et des centrales d'achat[41] (A).

---

[38] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023.

[39] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE- DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017, p15

[40] IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*– Décembre 2019, p 45

[41] « *L'inscription de l'obligation de mutualisation des achats au sein des GHT constitue ainsi une suite logique d'un mouvement initié près d'un dizaine d'années auparavant.* » - IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p49

En outre, ce transfert n'a pas été le plus facile à mettre en place. Il a permis de réaliser certains gains. Cependant, certaines difficultés restent à surmonter (B).

A- Un établissement support devenant le pouvoir adjudicateur du groupement

L'article L6132-3 2° du CSP prévoit que l'établissement support assure la fonction achat pour le compte des établissements parties au groupement. Ainsi, l'établissement support devient le pouvoir adjudicateur. Celui-ci met en œuvre la procédure de passation, sélectionne les différentes offres, conclu le marché, et veille à sa bonne exécution[42].

L'article L6132-3 2° du CSP prévoit le transfert de quatre autres fonctions à l'établissement support. Cependant, la mutualisation de la fonction achat a été la plus rapide. Elle constitue aujourd'hui la mutualisation la plus aboutie tandis que les quatre autres sont, parfois, encore en cours de construction. En effet, un rapport de la Cour des comptes évoque « *une structuration avancée* » et « *des résultats positifs à consolider* »[43]. De la même manière, l'Assemblée nationale énonce que « *la mutualisation des achats est le chantier le plus avancé* »[44].

Cette fonction a été plus facilement transférée à l'établissement support du fait de la préexistence de groupements de commandes et de centrales d'achat. Les centrales d'achat constituent un acheteur « *ayant pour objet d'exercer, à titre onéreux ou non, des activités d'achat centralisées* »[45]. Le groupement de commandes réunit, quant à lui, des acheteurs afin de « *passer conjointement des marchés* »[46]. En outre, ces groupements sont toujours utilisés par l'établissement support du fait du volume d'achat nécessaire aux établissements. Nous pouvons, notamment, citer les médicaments et les dispositifs médicaux. Une stratégie territoriale de l'achat est alors mise en œuvre. L'établissement support tient le rôle de chef de file. A titre d'exemple, la constitution du GCS HACOM en Normandie a pour finalité d'être le groupement de référence de la région. Ce groupement collabore avec le Groupe Hospitalier du Havre (GHH)

---

[42] Tout savoir sur le pouvoir adjudicateur (aoconquete.fr)
[43] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p103
[44] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORT N° 4814 - En conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p38
[45] MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE, Direction des affaires juridiques – Fiche technique – La mutualisation des achats – 01/04/2019, p1
[46] Ibid., p5

qui est l'établissement support du GHT de l'Estuaire de la Seine et donc par extension le pouvoir adjudicateur[47]. Ce choix de recourir à un tel organisme relève de la stratégie d'achat développée par l'établissement support.

Selon l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, l'établissement support *« est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats […] de la passation des marchés et de leurs avenants* »[48]. Les établissements parties assurent l'exécution des marchés conclus par l'établissement support[49]. La DGOS (Direction Générale de l'Organisation des Soins) précise que l'ensemble des procédures d'achats et de marchés sont concernées, et que ces achats soient en investissement ou en exploitation[50]. Enfin, il reste la question des marchés de travaux où le maître d'ouvrage est celui qui conclut le marché car il est le destinataire de l'ouvrage[51]. Or, depuis la loi de 2016, l'établissement support passe les contrats pour le compte des établissements. La DGOS indique que selon l'adage « *specialia generalibus derogant* », la loi de 2016 prime sur la loi dite MOP du 12 juillet 1985[52]. Cependant, cette réponse reste contestable[53].

Le directeur de l'établissement support est alors responsable de la passation des marchés publics selon l'article R6132-13 du CSP. Cette conséquence n'est pas négligeable au vu des montants souvent importants des marchés. De la même façon, le directeur de l'établissement support a

[47] « *Dès lors que l'établissement support deviendra compétent pour cette étape de passation des marchés, à partir du 1er janvier 2018 prochain, il peut être considéré que celui-ci deviendra alors compétent pour décider et mettre en œuvre, le cas échéant, le recours à un groupement de commandes qui est une décision de stratégie d'achat*. » - MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017, p22

[48] Article R6132-16 CSP

[49] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017, p15

[50] Ibid., p15

[51] *« I. Le maître de l'ouvrage est la personne morale, mentionnée à l'article premier, pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre. Il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux. »* - Article 2 de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

[52] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017, p16

[53] « *Une réponse juridiquement contestable* » - BLANCHARD Valentin, Sous la direction de Catherine KELLER, *Conséquences juridiques et organisationnelles du transfert de la fonction achat dans le cadre du groupement hospitalier de territoire*, Septembre 2018, p35

délégué sa signature aux établissements parties pour des marchés de moins de 25 000 euros hors taxes[54]. Néanmoins, le directeur reste responsable.
Différents outils ont également été conçus par la DGOS afin d'accompagner les GHT : un guide méthodologique[55] ou un système d'information convergent d'achats dit SEMAPHORE.

Il apparaît que l'établissement support exerce le plus grand nombre des étapes nécessaires aux marchés publics. Cependant, ce transfert reste partiel.

B- Une mise en œuvre en demi-teinte

La Cour des comptes met en exergue la complexité d'une organisation déconcentrée de la fonction achat. Cela signifie que chaque établissement est doté d'un référant achat qui a pour rôle de définir les besoins de son établissement et de suivre la bonne exécution du marché[56]. Les directeurs des établissements supports ont également délégué leur signature à des directeurs des achats et de la logistique. A titre d'exemple, le GHT de l'Estuaire de la Seine s'est doté d'une Direction des Achats, de l'Hôtellerie et de la Logistique (DAHL). En outre, cette organisation reste complexe.

Ainsi, l'établissement support doit coordonner l'ensemble de ces référents avant de construire un marché. Or, le directeur de la fonction achat[57] ne dispose d'aucun pouvoir hiérarchique sur ces référents achats, employés par les établissements parties. Cette organisation est notamment préconisée par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS)[58]. La bonne mise en œuvre de la procédure dépend alors de la bonne volonté des différents acteurs. En outre, la Cour des Comptes relève certaines difficultés dans la mise en place d'une politique achat et d'une convergence des marchés[59].

[54] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORT N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p38
[55] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE- DGOS - *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017
[56]COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p106
[57] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE- DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017
[58]Ibid., p18
[59]COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p107

Par conséquent, un possible manque de coordination au sein des GHT peut entraîner un manque d'efficience notamment par des recours au hors marché, des coûts importants ou des possibles contentieux. Dès lors, l'établissement support occupe une place ambivalente au sein du GHT. La gestion n'est pas toujours la plus optimale. Cependant, les établissements parties doivent être dotés de référents achats afin de déterminer leurs besoins et de maintenir un lien avec l'établissement support. Cette mutualisation d'activité favorise alors la coopération des acteurs.

En outre, les différents acteurs de terrain déplorent la perte de nombreuses de leurs prérogatives. Les contours du transfert de la fonction ne sont pas toujours compris par l'ensemble des acteurs. Ainsi, il existe un fossé plus ou moins relatif entre le décret du 29 avril 2016 et l'article R6132-16 du CSP.

Enfin, le transfert des achats n'est pas allé jusqu'au transfert de l'ordonnancement des dépenses. De fait, chaque trésorerie des établissements parties doit s'assurer du bon respect de la procédure à travers tous les documents transférés par l'établissement support[60]. Cet élément permet de préserver l'autonomie des établissements parties. Le législateur semble, ici, privilégier une dynamique fédérative plutôt qu'intégrative.

On peut également se demander si le rôle de l'établissement support est satisfaisant en la matière. En effet, la Cour des comptes relève que la centralisation de cette activité a permis de réaliser des gains achats sans de réelles diminutions des dépenses[61].
Contrairement à la fonction achat, le transfert des quatre autres fonctions est plus restreint. Nous nous demanderons également si le rôle de l'établissement support est satisfaisant.

II- Un transfert mesuré des autres fonctions

Il apparaît que l'établissement support exerce un rôle variable dans le cadre de l'informatique. Concernant le système d'information convergent, aucun impératif n'est demandé à l'établissement support hormis l'installation d'un dossier patient informatisé. *A contrario*, le législateur a prévu la mise en place d'un département de l'information médicale de territoire (A).

[60] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p161
[61] COUR DES COMPTES, *Les groupements hospitaliers de territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p108-109

Enfin, le législateur est resté flou quant au transfert de l'activité de formation. Cette activité, difficilement mutualisée, reste une prérogative essentielle des établissements de santé (B).

A- L'informatique : la mutualisation inégale de deux activités : le système d'information hospitalier et le département de l'information médicale

L'informatique se divise en deux éléments complémentaires : un système d'information convergent (1) favorisant une véritable collaboration des établissements du territoire qui se traduit notamment par la mise en place d'un DIM de territoire (2).

1- Le système d'information convergent : une organisation déterminée par les établissements de santé

L'article L6132-3-I du CSP énonce que l'établissement support est en charge du système d'information convergent et de la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé unique à l'ensemble des établissements membres du groupement. L'article R6132-15 du CSP précise que le système d'information convergent met en commun les mêmes applications pour l'ensemble des activités ainsi que le même identifiant pour chaque patient.

Ainsi, le système d'information convergent comprend cinq domaines d'activités : « *la production de soins cliniques, la production de soins médicotechniques, le pilotage médico-économique, le support et l'infrastructure* »[62] . La DGOS précise que le système d'information convergent : « *comprend ainsi l'ensemble des ressources matérielles et logicielles, des données et des ressources humaines participant à la stratégie, à l'optimisation et à la gestion commune du système d'information* »[63].

Il reste à déterminer ce que recouvre le transfert de cette activité énoncé à l'article L6132-3-I du CSP : « *la stratégie, l'optimisation et la gestion commune* ».
La DGOS détaille concrètement ce que recouvre ces trois termes : « *le pilotage stratégique du SI (dont l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information hospitalier et de la stratégie de convergence) ; le management opérationnel du SI ; le pilotage, la réalisation et le déploiement des projets SI ; le maintien en condition opérationnelle (gestion des moyens du SI,*

[62] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p110
[63] DGOS- Guide méthodologique - *Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT* – Juillet 2016, p6

assistance aux utilisateurs, maintenance et évolution du SI, exploitation du SI, gestion des référentiels et des habilitations, archivage ; la gestion de la sécurité du SI ; l'utilisation du SI ; le processus support aux processus SI (gestion des achats et approvisionnements, du budget informatique, des normes et de la documentation technique, des ressources humaines de la DSI) ; la gestion de la qualité du SI ; la conduite du changement »[64].

En définitive, le directeur de l'établissement support hérite d'une part importante de prérogatives. Il doit notamment rédiger un schéma directeur du système d'information qui définit l'ensemble des démarches nécessaires pour mettre en œuvre celui-ci. En outre, la rédaction de ce schéma est une déclinaison du projet médical partagé. Le comité stratégique est également concerté. Ainsi, ce schéma s'appuie sur un projet commun à l'ensemble des établissements.

Le système d'information peut s'appuyer sur une Direction du Système d'Information (DSI), qui est rattachée à l'établissement support et au directeur général du même établissement. Cette DSI de territoire mutualise l'ensemble des DSI des établissements. Cette organisation reste cependant préconisée par la DGOS[65]. Celle-ci serait adaptée pour un GHT intégratif et non pour l'ensemble des groupements. En effet, la création d'une DSI et la réalisation des missions afférentes dépendent de chaque GHT. Par ailleurs, la DGOS préconise la désignation de référents sécurité dans l'ensemble des établissements. Ceux-ci seraient coordonnés par un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI)[66]. Ainsi, les groupements doivent respecter un principe de subsidiarité.

L'établissement support peut rencontrer des difficultés à réaliser les missions qui lui sont confiées. En effet, l'IGAS relève que les groupements ne sont pas toujours dotés des moyens suffisants pour rapprocher le SIH de chacun des établissements parties[67].

[64] Ibid., p9
[65] Ibid., p14
[66] Ibid., p9
[67] « *Ainsi, 95 % des GHT (114/120 réponses) ne disposent pas d'un SI patient commun au sein du groupement* » - IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p50

Par ailleurs, le système d'information convergent est en lien avec le DIM afin de partager les informations relatives aux différents patients[68].

2- La mise en place obligatoire d'un DIM de territoire

En outre, le rôle du département de l'information médicale (DIM) est plus détaillé et organisé réglementairement. Premièrement, le directeur du DIM est désigné par le directeur général de l'établissement support (R6113-11-2 CSP). Puis, l'article R6113-11-1 du CSP énonce que le DIM *« procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire* ». Le directeur du DIM agit alors pour le compte des établissements.

L'article R6113-11-2 du CSP fixe clairement le rôle du directeur du DIM par rapport aux établissements parties. Il a non seulement une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du DIM mais également un rôle stratégique. En effet, il a une place au sein de la commission médicale du groupement, il rend une fois par an l'activité des établissements parties au comité stratégique (COSTRAT) et il désigne un médecin référent du DIM de territoire afin d'assister aux commissions médicales des établissements parties. Le législateur a alors organisé un véritable DIM de territoire reposant sur l'établissement support. Il a un rôle de coordination générale du GHT en lien avec la fonction de chef de file de l'établissement support.

Enfin, l'article R6113-11-3 du CSP précise les missions du médecin responsable du DIM : il présente un plan d'action relatif à son activité au COSTRAT, il effectue une analyse des données afin de participer à la réalisation du projet médical partagé et du projet d'établissement des établissements parties, il participe à la protection des données médicales des patients, il contribue aux différents travaux *« de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.*»

Le DIM a non seulement un rôle général de coordination, mais il dispose également d'un pouvoir de contrôle de l'activité des établissements parties. Celui-ci, du fait de ses fonctions le dispensant du secret médical, peut accéder à l'ensemble des dossiers médicaux des établissements afin de vérifier leur codage.

[68] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p173

L'établissement support peut également héberger l'ensemble des données de santé des établissements parties. Cette possibilité, ainsi que la mise en place d'un DIM de territoire, favorise la mise en place d'équipes médicales de territoire et d'une véritable coordination. L'établissement support est alors le socle d'une vision territoriale des soins. En effet, le DIM permet d'analyser l'ensemble des données des établissements. Celles-ci permettent d'orienter l'ensemble du groupement lors de la rédaction du projet médical partagé[69]. Cette organisation centralisée permet une véritable collaboration des établissements membres du GHT.
Le législateur adopte une organisation plus souple concernant le transfert de la politique de formation.

B- La formation : la recherche d'une coordination des établissements

Les articles R6132-17 et R6132-18 du CSP ne parlent que d'une simple coordination « *des instituts et des écoles de formation paramédicale, […], de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages* » et des « *plans de formation continue et de développement professionnel continu* ».

Cette fonction est celle dont la mutualisation est la plus sommaire. Le terme « coordination » laisse une place importante aux établissements parties et un rôle de pilotage à l'établissement support. Ainsi, la convention constitutive du GHT peut prévoir que cette coordination soit assurée de manière effective par l'établissement support ou par les établissements parties.

Cette possibilité est énoncée par la DGOS dès 2016 : « *Dès lors que l'établissement support « assure pour le compte » des établissements parties les fonctions susvisées, cela signifie que l'établissement support assure le pilotage global de ces fonctions. Les modalités de ce pilotage et son organisation sont à préciser, pour chaque fonction, dans la convention constitutive du groupement. Cela peut notamment se traduire par une mise en œuvre opérationnelle confiée à l'un des autres établissements parties au GHT »*[70].

Finalement, la coordination de la politique de formation peut très bien être déconcentrée sur un établissement partie ou plusieurs[71]. A ce titre l'ANAP relève que : « *61% des GHT (sur 44*

[69] Ibid., p267
[70] DGOS- *GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- Vade-mecum - Les fondements, La création des GHT, Les mutualisations, Le fonctionnement*, avril 2016, p47
[71] ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) - *GUIDE : Coordination de la formation dans les GHT*, 2021, p7

répondants) ont mis en place une organisation à travers la désignation d'un pilote au sein de l'établissement support, 11% (5 GHT) ont choisi un pilote associé à chaque établissement du regroupement, 27% (12 GHT) ont choisi d'autres modalités »[72].

De plus, la formation reste une compétence des établissements parties. En effet, chaque directeur d'établissement arrête son plan de formation en lien avec les instances consultatives. L'établissement support n'a alors qu'ici un simple rôle managérial.

En outre, l'établissement support est responsable de la passation des marchés pour l'ensemble des établissements parties. La formation est incorporée au transfert de la fonction achat. Il est seulement demandé aux établissements parties de déterminer quels sont leurs besoins avant que l'établissement support procède à la rédaction et à la signature du marché.

La place de l'établissement support est alors ambiguë dans le cadre de cette fonction. Il revient aux établissements membres de déterminer le rôle de l'établissement support au sein de la convention constitutive. Le transfert de la gestion des ressources humaines médicales est également défini souplement par le législateur.

SECTION II : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES : L'AJOUT NEGLIGEABLE DE LA LOI DE 2019 ?

Bien qu'il s'agisse d'un élargissement des prérogatives de l'établissement support, la gestion des ressources humaines par celui-ci reste un ajout limité aux fonctions transférées obligatoirement. Cependant, on peut relever que ce transfert favorise une vision intégratrice des établissements de santé. (I).

En outre, les établissements parties conservent une grande autonomie dans ce domaine (II).

I- Le rôle limité et général de l'établissement support

Le législateur a progressivement restreint les prérogatives transférées à l'établissement support (A).

Finalement, le rôle de l'établissement support s'est limité à un rôle d'appui au comité stratégique (B).

[72] ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019, p38

A- Une version atténuée de l'ambition initiale

L'ordonnance de 2021 a consacré une organisation plus mesurée concernant la gestion des ressources humaines médicales que celle prévue initialement. En effet, le législateur avait pour objectif de « centrer » cette gestion des ressources humaines médicales sur l'établissement support.

Le projet présenté en Conseil des ministres à la date du 13 février 2019 énonçait à son article 10-I-3° : « *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* ».
Le Sénat a, quant à lui, prévu un simple droit d'option quant à cette gestion des ressources humaines : « *Il peut également assurer pour le compte des établissements parties la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques* »[73].

A la suite d'une commission paritaire, le texte est finalement adopté sous l'intitulé « *Ma santé 2022* » [74] . Ce texte prévoit la gestion unifiée des ressources humaines médicales par l'établissement support.
Finalement, l'ordonnance définit le transfert des ressources humaines médicales en ces termes : *« La définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels* »[75].

Ainsi, l'ajout de ce transfert d'activité à l'établissement support « *ne conduit pas à une centralisation notamment sous la forme d'un portage juridique de l'ensemble des postes médicaux par l'établissement support* »[76].

La restriction de l'étendue du transfert s'explique par une nécessaire gestion par les établissements parties de certaines problématiques. De surcroît, le recrutement et la gestion du

[73] Texte modifié en 1ère lecture du Sénat le 11 juin 2019 à l'article 10
[74] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
[75] Article L6132-3 du CSP
[76] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p238

personnel médical constituent les principales activités des établissements de santé. Il aurait alors été difficile d'enlever cette prérogative aux différents établissements[77].

Une simple coordination des ressources humaines par l'établissement support semble opportune dans la mise en place d'une équipe médicale de territoire.

En outre, les groupements doivent trouver un juste milieu entre la centralisation et le principe de subsidiarité[78]. L'établissement support joue, alors, un rôle d'appui à la CMG.

B- Un rôle d'appui à la commission médicale de groupement

L'article L6132-3 I – 5° du CSP énonce que les orientations stratégiques pour la gestion des ressources humaine médicales sont définies par l'établissement support et la CMG avant d'être admises par le COSTRAT. L'article réaffirme la compétence des établissements parties dans la gestion de ces ressources humaines médicales[79]. Ainsi, le transfert de cette activité à l'établissement support reste mesuré. De plus, l'article énonce exhaustivement les activités concernées[80].

L'article R6132-19-1 du CSP précise les modalités de participation de l'établissement support à ce transfert d'activité. De fait, l'établissement support doit assister la commission médicale du groupement lors de la formulation des orientations stratégiques. Par la suite, l'établissement support s'assure du respect de ces orientations par l'ensemble des établissements parties. Enfin, il élabore des « *outils pratiques de gestion prospective des ressources humaines au bénéfice des établissements parties* »[81].

De cette manière, l'établissement support constitue « *un centre de ressources auprès de la commission médicale de groupement et du comité stratégique dans la formulation des orientations stratégiques* »[82]. Finalement, l'établissement support se révèle être un coordonnateur des pratiques dans le cadre de la gestion des ressources humaines médicales.

---

[77] Ibid., p239

[78] BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017, p47

[79] Article L6132-3 I – 5° CSP

[80] « *Pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques* » - Art L6132-3 CSP

[81] Article R6132-19-1 du CSP

[82] BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017, p238

Néanmoins, la réforme Ma santé 2022 vise à rapprocher les établissements en centrant les activités sur l'établissement support. Le législateur a renforcé l'intégration des établissements de santé au sein des GHT afin d'avoir une vision territoriale. Du fait de l'absence de personnalité juridique octroyée au GHT, l'ensemble des fonctions du territoire sont portées par l'établissement support. Il faut également rappeler que cette réforme a renforcé les compétences de la commission médicale de groupement. Cette réforme prévoit une possible fusion de celle-ci avec celle des établissements parties.

On peut se demander si ce transfert d'activité aboutira à une plus grande centralisation vers l'établissement support des ressources humaines médicales. La loi VALLETOUX semble laisser le choix aux GHT d'organiser leur coopération soit au sein d'un projet fédératif soit intégratif[83].

Le législateur cherche à garder un échelon pertinent concernant la gestion de certains enjeux. Les établissements parties gardent ainsi un certain nombre de compétences concernant la gestion des ressources humaines médicales.

II- Des établissements parties gardant la main

Les établissements parties déterminent l'étendue de ce transfert au sein de la convention constitutive (A).

Ce travail en commun est nécessaire afin de maintenir un échelon pertinent quant à la gestion de ces ressources humaines (B).

A- Un transfert d'activité modulable

Ici encore, le législateur a imposé ce transfert d'activité sans prévoir d'organisation spécifique. Ainsi, il est laissé au choix des établissements de délimiter le transfert de cette gestion à l'établissement support.

Deux modèles de transfert sont alors possibles. Le premier est un modèle coopératif où chaque établissement partie garde sa direction des affaires médicales. Les établissements travaillent alors ensemble pour trouver une harmonisation de la politique des ressources humaines.

[83] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p60

Ou encore, les différents GHT peuvent opter pour un modèle intégratif où une direction des affaires médicales de territoire est mise en place au sein de l'établissement support. Différents référents peuvent alors être désignés au niveau des établissements parties.

Le choix du modèle dépend alors des coopérations préexistantes entre les établissements (direction commune, modèle collaboratif ou intégratif du projet médical, mise en commun des ressources humaines médicales etc.)[84]. En outre, les différents GHT préfèrent un modèle collaboratif car il permet d'échanger entre les différentes directions des affaires médicales de chaque établissement[85].

Ce transfert d'activité a également entrainé un élargissement des compétences du comité stratégique. En effet, il lui revient de définir « *les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques* »[86]. Or, il s'agit d'une simple définition. Les établissements parties peuvent alors y déroger aisément. De fait, l'établissement support ne dispose d'aucun pouvoir pour infliger des pénalités aux établissements dissidents. Il ne reste alors qu'à recruter le personnel au niveau de l'établissement support. Cependant il a été vu les limites de ce fonctionnement[87]. Ainsi, certaines compétences sont encore exercées par les établissements parties.

B- Des pouvoirs restant propres aux établissements parties

Une centralisation excessive quant à la gestion des ressources humaines médicales ne permettrait pas des recrutements adaptés au niveau local.

De fait, l'échelon local reste essentiel pour la gestion de certaines problématiques. Le recrutement de contractuels et d'intérimaires est parfois nécessaire lors d'une augmentation de l'activité. Ce recrutement demande alors une certaine réactivité et un ajustement continuel en fonction de l'activité. Il serait alors difficile de gérer ces problématiques de terrain au niveau

[84] CNEH - *Mutualisation de la gestion des RH médicales : Quelle(s) stratégie(s) ?* – 03/12/2021
[85] CAPPE Martine, CHARBONNEL Aude, « Mutualisation de la gestion des RH médicales », dans *Manager dans l'incertitude*, Gestions hospitalières Numéro 610 - Novembre 2021.
[86] Art R6132-10-1 CSP
[87] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p239

central. Cela exigerait une certaine lourdeur administrative car l'établissement support embaucherait l'agent pour ensuite le détacher dans un établissement partie[88].

Pour rappel, la difficulté majeure du GHT est son manque de personnalité juridique. Ainsi, le recrutement peut être fait par l'établissement support, mais les agents doivent, par la suite, être mis à disposition des établissements, ou détachés de l'établissement support. Cela ne favorise pas le transfert de cette activité car les établissements parties restent frileux à une telle perte de prérogatives.
Les directeurs des établissements parties gardent alors leurs prérogatives de nomination[89].

Ainsi, il apparait que le transfert de la simple « *définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail »*[90] semble en adéquation avec cette vision territoriale. L'établissement support est le chef de file d'une vision territoriale de l'offre de soins. Ces fonctions transférées de manière obligatoire s'accompagnent d'une délégation ou mutualisation d'activités.

Nonobstant, les établissements de santé peuvent organiser souplement le transfert de ces activités. Le rôle de l'établissement est alors variable selon les GHT. On peut alors relever trois types de GHT : « *engagés* » avec un établissement véritablement porteur, des GHT « *confiants* » où l'établissement support joue un rôle plus mesuré et les GHT « *hésitants* »[91] où les mutualisations d'activités et la coopération des acteurs sont limitées.

[88] CHESNAIS Gaëlle, *Mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire : L'illustration d'une démarche intégrative*, Septembre 2019, p66
[89] « *Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire.* » - Art L6143-7 CSP
[90] Art L6132-3 CSP
[91] ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019, p147 à 161

CHAPITRE II : LE CHOIX ENTRE UN PROJET FEDERATIF OU INTEGRATIF

En dehors des fonctions obligatoirement transférées à l'établissement support, le législateur a laissé une marge de manœuvre aux GHT pour organiser leur coopération. Les établissements peuvent alors opter pour un « *GHT fédératif ou un GHT intégratif* »[92]. Dans le premier cas, les établissements conservent leur pleine autonomie. Leur coopération se fonde sur le principe de subsidiarité. Dans le deuxième cas, un grand nombre d'activités sont centralisées sur l'établissement support. La convention constitutive définie, en partie, le rôle de l'établissement support [93] . L'établissement support ne peut imposer ces délégations ou mutualisations d'activités.

Le GHT a comme objectif principal d'instituer une prise en charge graduée des patients au sein d'un territoire. Cette logique est instituée au sein du projet médical qui prévoit notamment la mise en place d'équipes médicales de territoire ou d'activités médicotechniques communes. Cette prise en charge graduée du patient s'appuie sur une subsidiarité des activités, et non sur une centralisation complète sur l'établissement support (Section I).

Enfin, les établissements peuvent déléguer un certain nombre de missions à l'établissement support : allant de fonctions administratives à techniques. Cette délégation se conjugue d'un rapprochement du budget des établissements. En dehors d'un budget « G » créé pour regrouper l'ensemble des coûts de gestion subis par l'établissement support, les établissements peuvent instituer des éléments financiers uniques au groupement tel que le programme d'investissement unique (Section II).

[92] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p60
[93] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p99

SECTION I : UNE CENTRALISATION RELATIVE SUR L'ETABLISSEMENT SUPPORT DES ACTIVITES MEDICALES

Le GHT a comme finalité de permettre une prise en charge commune et graduée des patients. Cet objectif traduit encore cette double dynamique à laquelle est soumis l'établissement support : la coopération et l'intégration.

Cette place stratégique se retrouve notamment lors de la rédaction du projet médical partagé (I) ou dans la mise en place d'équipes médicales de territoire face une pénurie croissante de personnel (II).

I- Un rôle de l'établissement support à définir au sein du projet médical partagé

Le projet médical formalise la mutualisation des activités dans chacune des filières afin d'organiser des soins communs et gradués. Or, l'établissement support est le socle de certaines de ces activités faute de personnalité juridique conférée au GHT. Lors de sa rédaction, l'établissement support joue un rôle notable (A).

Cette affiliation du GHT à l'établissement support se matérialise notamment par la mutualisation des plateaux médicotechniques (B).

A- Le projet médical partagé : l'enjeu central du GHT et de l'établissement support

L'article R6132-3 du CSP énonce que le projet médical partagé est défini par la commission médicale du groupement. Ce projet est organisé par le président de la CMG et le président du COSTRAT. Les commissions médicales des établissements sont consultées sur ce projet avant qu'il ne soit arrêté par le COSTRAT. La modification du projet médical partagé est initiée par le président de la commission médicale du groupement ou du comité stratégique. Celui-ci est consulté auparavant. En outre, le projet médical fait partie de la convention constitutive du GHT. Un établissement partie a alors la possibilité de s'opposer à ce projet lors du vote de l'avenant à celle-ci. Le projet médical est alors porté par l'ensemble des acteurs du territoire.

Néanmoins, le projet médical est parfois adopté par le DG (Directeur Général) de l'ARS si les documents nécessaires n'ont pas été envoyés dans les temps[94]. A la suite du transfert de la gestion des ressources humaines médicales à l'établissement support, les établissements parties deviennent parfois dépendants de l'établissement support et notamment des médecins y exerçant. De fait, des consultations avancées peuvent s'appuyer sur le personnel de l'établissement support. Enfin, si un établissement partie fait fronde, le directeur général peut être amené à favoriser un rapprochement des établissements du GHT par le biais de la direction commune : *« En effet, si d'ordinaire la mise en place d'une direction commune relève d'une démarche volontaire entre deux établissements devant obtenir l'accord en termes identiques de leurs conseils de surveillance respectifs, le Directeur Général de l'agence régional de santé peut d'autorité, ou par une forte conviction auprès des élus locaux, instaurer une telle direction commune en cas de situations financières dégradées ou de nécessité à l'organisation territoriale de l'offre de soins* »[95].

L'établissement support occupe alors une place non négligeable dans la rédaction, la modification ou la mise en œuvre du projet médical partagé. De fait, le président du Comité stratégique est le directeur de l'établissement support, également présent avec une voix consultative au sein de la commission médicale de groupement (Art D6132-9-2 CSP, R6132-10 CSP). Il peut alors, selon son influence dans le territoire, être amené à exercer son ascendant sur les autres membres.
Néanmoins, la place de l'établissement support est à relativiser dans la rédaction et la mise en œuvre du PMP (Projet Médical Partagé) car un ensemble d'acteurs du territoire se réunissent au sein du comité stratégique et la commission médicale[96].

Par ailleurs, la Cour des Comptes relève que les GHT ont essentiellement mis en place des collaborations fédératives au sein des PMP. La Cour des comptes soulève qu'il s'agit de « *collaborations documentaires (partage de procédures et de protocoles) et/ou d'échange de pratiques et/ou de partage de projets* ». L'établissement support peut fournir une aide sous la forme de consultations avancées au profit des établissements parties ou d'aide « *en termes de*

[94] Art R6132-3 CSP
[95] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p192
[96] D6132-9-3 CSP : composition Commission Médicale de Groupement. L6132-2 : composition Comité Stratégique.

ressources humaines médicales ou paramédicales »[97]. La Cour des Comptes ajoute que les PMP relèvent davantage d'une dynamique « *centrifuge* »[98] que centripète.
Les autres GHT ont favorisé une intégration des établissements par la mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales inter-hospitalières.

En dernier lieu, les projets médicaux sont, par nature, des conventions favorisant l'intégration des établissements de santé. Le projet médical a pour but de définir une politique commune et graduée de l'accès aux soins. Or, cette politique est facilitée par le biais des mutualisations et délégations d'activités au sein de l'établissement support : « *Fondée et mue par le « facteur commun » que constitue la stratégie médicale et soignante partagée et graduée, la dynamique d'intégration promue par le GHT devient « naturelle », voire incontournable pour les acteurs hospitaliers* »[99]. Cependant, le projet médical partagé s'appuie sur le principe de la subsidiarité. A titre d'exemple, la mise en place de pôles inter-établissements permet de déléguer et de déconcentrer des activités et prérogatives au plus proche du terrain.

Ainsi, il apparaît que l'établissement support joue un rôle variable au sein du projet médical partagé afin de construire une prise en charge commune et graduée. Ainsi, nous retrouvons cette double dynamique : la centralisation et la subsidiarité. Il revient aux établissements de définir ce rôle selon les enjeux territoriaux.

B- Des activités ou équipements communs : un rôle mesuré de l'établissement support

L'article L6132-3 III° du CSP précise que les établissements parties à un GHT doivent organiser en commun les activités médicotechniques suivantes : l'imagerie médicale, la biologie et la pharmacie hospitalière. Ce même article ajoute que l'activité d'imagerie médicale pourra être organisée sous la forme d'un pôle inter-établissement. Cette idée est reprise à l'article R6132-19 du CSP. Il ajoute que le GHT peut mettre en place un laboratoire commun.

[97] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p62
[98] Ibid., p63
[99] CATHERINE KELLER, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p342

Comme indiqué dans ces différents articles, les activités médicotechniques sont mises en commun entre les établissements et ne sont pas nécessairement centralisées sur l'établissement support. En outre, les mutualisations de ces activités ont précédé la réforme de 2016[100]. Ainsi, les différents établissements de santé ont poursuivi les cohabitations déjà mises en place sans une véritable centralisation sur l'établissement support[101].

En outre, l'ANAP relève dans une enquête de 2019 que ces activités médicotechniques sont pilotées, pour la moitié de l'étude, par l'établissement support :
« *S'agissant des modalités de pilotage de l'imagerie médicale, elles se partagent pour moitié entre :*
• *Un pilote territorial identifié sur l'établissement support*
• *Des référents dans chaque établissement membre* […]
Pour la biologie et pour la pharmacie, les résultats de l'enquête sont très proches. Les modalités de pilotage principales sont elles aussi incarnées par la mise en place d'un pilote territorial identifié sur l'établissement support (44% des répondants). Des référents identifiés dans chaque établissement membre (44%) permettent de relayer et de faire remonter la politique filialisée »[102].

En outre, les groupements peuvent s'appuyer sur divers outils juridiques afin de mutualiser ces activités médicotechniques : un pôle inter-établissement ou une fédération médicale inter-hospitalière. Nous verrons par la suite que ces modalités laissent une place variable à l'établissement support.

Encore une fois, le législateur a imposé la mutualisation d'activités tout en laissant la latitude aux établissements parties d'organiser celles-ci selon leurs spécificités territoriales. Cette affirmation peut être renouvelée pour les équipes médicales de territoire.

---

[100] « *Pour 16 % des répondants, l'activité d'imagerie diagnostique et interventionnelle était déjà mutualisée, plutôt sous forme d'équipe médicale commune […] et de groupements de coopération sanitaire*. » « *Dans le domaine de la biologie médicale, 39 % des répondants avaient mutualisé leurs activités de biologie, […] Principalement sous forme de groupements de coopération sanitaire*. ». « *Les résultats de l'enquête mettent en évidence que 18 % des répondants avaient mutualisé leurs activités de pharmacie […] sous forme de groupements de coopération sanitaire ou de convention principalement. »* - ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019, p30

[101] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p97

[102] ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019, p31

II- La place ambivalente de l'établissement support dans la gestion des équipes médicales de territoire

Le législateur a laissé la possibilité aux établissements supports de gérer des équipes médicales de territoire (A) ou des pôles inter-établissements (B).

Ces deux possibilités sont définies souplement par le législateur. Les groupements définissent leur organisation au sein de la convention constitutive et du projet médical partagé.

A- Le rôle variable de l'établissement support dans la mise en place d'une équipe médicale de territoire

L'article L6132-2 II° du CSP dispose que les GHT peuvent prévoir au sein de leur convention constitutive la création d'équipes médicales de territoire. L'article R6132-3 du CSP ajoute que le projet médical partagé définit les « *principes d'organisation des activités* »[103] et notamment *« les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes* »[104].

Néanmoins, aucune définition ni précision ne sont apportées quant à la notion même d'une équipe médicale de territoire. En outre, les modalités de mise en place de ces équipes sont changeantes entre chaque groupement. En effet, les agents membres de cette équipe peuvent être issus d'un même établissement de santé ou de plusieurs. L'équipe médicale peut s'appuyer, d'un point de vue juridique, sur du personnel en temps partagé ayant signé une convention spécifique[105], sur une fédération hospitalière ou sur un pôle inter-établissement[106].

Il apparait alors que l'établissement support exerce un rôle variable au sein des groupements. De fait, l'équipe médicale peut être issue de l'établissement support mais cela n'est pas automatique. L'article L6132-3 du CSP dispose que « *l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes* ». L'emploi du verbe « pouvoir » signifie qu'il s'agit d'une simple possibilité laissée aux GHT.

[103] Article R6132-3 du CSP
[104] Ibid.
[105] INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.
[106] CHESNAIS Gaëlle, *Mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire : L'illustration d'une démarche intégrative*, Septembre 2019, p38

De plus, la signature d'une convention de fédération médicale inter-hospitalière entraîne une coopération souple. La fédération est un outil de coopération qui n'est pas doté de la personnalité juridique. Ainsi, le personnel médical reste rattaché à son établissement d'origine. L'établissement support n'exerce ainsi aucun rôle spécifique au sein de ces fédérations.

L'établissement support doit « *gérer et animer* » les équipes médicales de territoire si on suit la logique du code[107].

Nonobstant, l'établissement support doit assurer la gestion des personnels médicaux depuis l'ordonnance du 17 mars 2021. Ce nouveau transfert d'activité favorise la mise en place des équipes médicales de territoire. On pourrait penser que ce transfert favoriserait une gestion centralisée des équipes médicales de territoire par l'établissement support. En outre, ce transfert reste souple et peu porté par l'établissement support[108].

En conclusion, l'établissement support peut être associé à un chef de file car il occupe un rôle d'animation du territoire. Il peut constituer une ressource pour les établissements du territoire. Nonobstant, ce rôle reste à définir par les acteurs du territoire selon leurs besoins. Ces mesures permettent de construire une offre de soins commune et graduée. Cette affirmation peut être renouvelée concernant les pôles inter-établissements et la gestion des ressources humaines.

B- Le rôle incertain de l'établissement support à travers les pôles inter-établissements

L'article L6132-2 II 4° du CSP ajoute que la convention constitutive définit l'organisation des activités, et notamment celle des pôles inter-établissements. Ces pôles inter-établissements sont constitués pour mettre en place des équipes médicales de territoire ou mettre en commun « *les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médicotechniques* »[109]. Ces pôles sont alors un moyen laissé aux établissements parties, et notamment aux établissements supports, pour organiser les mutualisations et délégations d'activités.

[107] Ibid.
[108] Ibid.
[109] Article R6132-19 CSP

Par ailleurs, l'article L6132-3 du CSP ajoute que l'établissement support peut gérer la mise en place de pôles inter-établissements. Ici encore, le législateur a laissé une simple possibilité aux GHT de s'appuyer sur l'établissement support. En pratique, les pôles inter-établissements ne sont pas toujours communs à l'ensemble des établissements parties au GHT et ne s'appuient pas nécessairement sur l'établissement support[110].

La Cour des Compte, dans son rapport de 2020, ajoute qu'il existe une contradiction entre l'article L6132-2 du CSP, qui laisse l'initiative à l'établissement support pour gérer la mise en place des pôles, et l'article R6146-9-3 du CSP, qui laisse cette possibilité aux établissements parties et associés[111].

L'article fixe les modalités de constitution d'un pôle inter-établissement : le chef de pôle est désigné par le directeur de l'établissement support parmi des praticiens appartenant à un établissement partie au groupement. Cette désignation intervient à la suite d'une proposition de la commission médicale du groupement. Puis, le directeur de l'établissement support signe un contrat de pôle avec ce praticien après avoir informé le comité stratégique. Lorsque le chef de pôle désigné n'appartient pas à l'établissement support, les établissements devront rédiger une convention de mise à disposition de ce praticien[112].

L'article R6146-9-3 du CSP ajoute que le chef de pôle a une autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel intervenant au sein de ce pôle. Le régime juridique de la délégation de signature peut être source de difficultés. En effet, le directeur de l'établissement support ne peut déléguer sa signature au chef de pôle car le directeur lui-même n'a pas autorité sur ces praticiens qui ne sont pas forcément issus de l'établissement support.
Il est alors proposé les solutions suivantes : la délégation par chacun des établissements parties de leurs compétences au chef de pôle, la mise à disposition ou la mutation des personnels concernés. Néanmoins, ces solutions montrent les difficulté juridiques et pratiques à mettre en place ces pôles[113].

---

[110] « *De plus, nombre de GHT font état de projets de PIE infra-GHT, c'est-à-dire ne concernant qu'une partie seulement des établissements membres.* » COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p68
[111] Ibid., p68
[112] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p246
[113] Ibid., p247

Il apparait ainsi que l'établissement support du GHT peut être affilié à un chef de file. En effet, il est amené à coopérer avec l'ensemble des établissements membres sans avoir de pouvoir de contrôle, de direction, d'organisation ou de sanction. L'établissement support reste dépendant des établissements parties. Cette dépendance peut être source de difficultés. On peut se demander si ce rôle est satisfaisant au vu des entraves précédemment énoncées.

SECTION II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT SOUMIS AU GROUPEMENT

Les établissements membres d'un GHT peuvent décider de déléguer à l'établissement support un certain nombre de fonctions : administratives, logistiques ou techniques (L6132-3 II CSP). Ces délégations facultatives restent organisées librement par les établissements (I).

Les finances et le budget des établissements convergent vers l'établissement support. L'établissement support et, notamment, le directeur ont peu de marge de manœuvre afin de favoriser cette convergence (II).

I- Les nombreuses autres fonctions déléguées de manière facultative : un pouvoir de coordination de l'établissement support

Les fonctions techniques ou logistiques sont parfois réalisées par l'établissement support du fait des coûts induits par ces fonctions. En outre, l'établissement support réalise ces fonctions non pas dans le cadre du GHT mais de coopérations mises en place auparavant par les acteurs du territoire (A).

Cette dynamique est encore relative dans la mise en place d'une direction des ressources humaines de territoire (B).

A- Les fonctions techniques, logistiques et administratives : une priorisation des solutions existantes

L'article L6132-3 II du CSP énonce que l'établissement support peut gérer pour le compte des établissements parties des activités logistiques et techniques. Ces activités ont une portée large car elles recouvrent des activités médicotechniques (ex : radiologie), logistiques (ex : gestion des stocks, de l'entreposage, gestion de commande), techniques (ex : blanchisserie, restauration, entretien), et administratives (gestion de paie, de carrière etc.).

Il apparait que l'établissement support peut hériter d'un grand nombre de missions et d'activités. La DGOS précise que ces fonctions déléguées à l'établissement support peuvent être organisées au sein de la convention constitutive et du règlement intérieur du GHT. Auquel cas, les établissements peuvent réserver à l'établissement support un rôle de « *pilotage globale de ces fonctions* » [114] alors que les établissements parties assurent une « *mise en œuvre opérationnelle* »[115].

En pratique, ces activités sont parfois centralisées sur l'établissement support au vu du coût de ces activités. A titre d'exemple, la blanchisserie du Groupe Hospitalier du Territoire de la Vienne est gérée par le CHU de Poitiers, établissement support de ce GHT[116]. Ou encore, le GHT Alpes Dauphiné a également centralisé le service de blanchisserie sur le CHU de Grenoble[117].

Nonobstant, l'instruction ministérielle du 4 mai 2017 énonce que la constitution d'un GHT ne doit pas entraîner la dissolution des mutualisations préexistantes et notamment celles concernant la logistique[118]. A ce titre, le Groupe Hospitalier du Havre et le Groupement Hospitalier de le Seine s'appuient toujours sur un GCS dans le cadre de la blanchisserie et de la logistique[119].

Ainsi, le groupement peut choisir de déléguer un certain nombre de compétences à l'établissement support si celui-ci dispose des moyens nécessaires à exercer ces activités. Or,

---

[114] DGOS- *GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- Vade-mecum - Les fondements, La création des GHT, Les mutualisations, Le fonctionnement*, avril 2016, p49

[115] Ibid., p49

[116] « *Le CHU de Poitiers a su prendre la mesure de la mise en œuvre des GHT avec une nouvelle blanchisserie dimensionnée pour prendre en charge l'activité de l'ensemble de son territoire.* » - Hospitalia, Blanchisserie du CHU de Poitiers : un mastodonte innovant, 25 juin 2018.

[117] Site internet du CHU de Grenoble : Blanchisserie - CHU Grenoble Alpes (chu-grenoble.fr)

[118] « *Le nouveau périmètre de la fonction achats résultant de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique ne saurait remettre en cause les choix d'organisation préexistants à la constitution des GHT pour les prestations logistiques (restauration, blanchisserie notamment). Ainsi, les mutualisations préexistantes à la date de constitution du GHT, sous la forme de structures de coopération organiques, qui rassembleraient des établissements parties au GHT et des partenaires extérieurs au groupement pour la mise en commun de certaines fonctions ou activités notamment dans le domaine logistique, ont vocation (sous réserve de leur évaluation) à perdurer*. » - INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

[119] COUR DES COMPTES**,** *Rapport d'observations définitives, Groupe Hospitalier du Havre* Exercices 2017 à 2021, date de communicabilité : 03.04.2024**,** Date d'envoi : 29.12.2023, p5

tous les établissements supports ne disposent pas de ces moyens. Cette observation peut être renouvelée concernant la gestion des ressources humaines.

B- Une possible gestion des ressources humaines de territoire par l'établissement support : le respect du principe de subsidiarité

Le directeur de l'établissement support dispose d'un certain nombre de pouvoirs dans le cadre de la mutualisation de certaines activités (1).

Au regard de cette première avancée initiée par la loi de 2016, on peut se demander si la centralisation de cette fonction doit être renforcée. Cependant, cette vision territoriale doit laisser une place importante à la subsidiarité (2).

1- Une gestion en lien avec les fonctions supportées par l'établissement support

L'instruction ministérielle du 4 mai 2017 évoque les « *nouveaux modèles organisationnels* »[120] pouvant être mis en place au sein des groupements. Cette instruction balaye l'ensemble des modèles organisationnels pouvant être fixés par les GHT afin d'assurer les différentes missions prévues à l'article L6132-3 du CSP. L'instruction évoque le pouvoir de nomination attribué au directeur de l'établissement support : il détermine les équipes requises pour permettre le fonctionnement des fonctions déléguées ou mises en commun. Après avoir déterminé ces équipes, il délimite leurs fonctions et les organigrammes[121].

En lien avec l'évolution dit « *métier* » énoncée par l'instruction ministérielle de 2017, l'établissement support a dû définir un schéma des mobilités qui formalise « *les évolutions « métier » [..], les déplacements au sein du GHT et les changements de situation administrative* »[122]. Celui-ci est rédigé par le directeur de l'établissement support en lien avec les directeurs des établissements parties. Le comité stratégique approuve ce schéma.

Les personnels peuvent également être amenés à se déplacer, changer d'établissement ou être mis à la disposition de l'établissement support[123]. Cette vision territoriale peut justifier une

[120] INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.
[121] Ibid.
[122] Ibid.
[123] Ibid.

délégation des ressources humaines à l'établissement support. Du fait de cette mobilité, une homogénéité des pratiques peut sembler opportune.

De fait, le système d'information convergent comprend l'ensemble des logiciels liés aux ressources humaines tels que les logiciels de paye[124]. De plus, comme l'établissement support assure la coordination de la politique de formation, il pourrait aller plus loin en développant une coopération entre les établissements sur le plan de la formation continue et initiale. Celle-ci pourrait être favorisée par une mutualisation des crédits dédiés à la formation et par une coordination des plans de formation et des politiques de stage[125].

Enfin, la gestion des ressources humaines médicales a été transférée à l'établissement support en 2019. On peut alors se demander si la gestion des ressources humaines non médicales devrait être centralisée sur l'établissement support[126].

2- Une direction duale : globale et spécifique

La gestion des ressources humaines constitue une mission qui peut être déléguée à l'établissement support de manière facultative (L6132-3 II CSP). En effet, les ressources humaines correspondent à des activités administratives.

« *Il s'agit d'un équilibre fragile entre gestion centralisée, gestion transversale et nécessité de conserver la plus grande subsidiarité au terrain qui est en constante tension dans la structuration des fonctions ressources humaines au sein des GHT* »[127]. Cette citation résume les difficultés de gestion des ressources humaines au sein des GHT. En effet, le directeur de l'établissement support dispose d'un nouveau pouvoir de nomination qui se superpose à celui des directeurs des établissements parties.

[124] LEONFORTE Sophie et BERNON Alice, *Organiser la fonction RH au sein d'un GHT Par où commencer ?* - Revue hospitalière de France -N°585- Novembre- décembre 2018.
[125] CHARLES Nicolas, *Les groupements hospitaliers de territoire : entre coopération et restructuration*, Université Lille 2 Droit et santé, faculté de sciences juridiques, politiques et sociales, Collection Mémoire numériques de la BNDS, LEH Édition, Promotion 2016-2017, p45 - ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX*, GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016, p.1.
[126] BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017, p43
[127] Sophie LEONFORTE et Alice BERNON, *Organiser la fonction RH au sein d'un GHT : Par où commencer ?* -Revue hospitalière de France -N°585- Novembre- décembre 2018, p30

Une direction des ressources humaines centralisée peut s'avérer d'un grand intérêt pour les petits établissements de santé. En effet, construire et poursuivre une politique des ressources humaines demandent des moyens humains et matériels. Cette délégation de compétences à l'établissement support du GHT permet d'harmoniser les pratiques dans le territoire et notamment d'avoir une véritable expertise juridique et financière. Cette délégation passe notamment par la rédaction d'une politique des ressources humaines de territoire et d'un schéma des mobilités[128].
Cependant, les différents GHT ne s'orientent pas vers une direction des ressources humaines centralisée sur l'établissement support. L'IGAS relève que seulement 9,1 % de l'échantillon a mis en place une direction de territoire[129].

Les groupements pourraient préférer mettre en place une gestion des ressources humaines de territoire (GRH) afin d'avoir une vision transversale[130]. Cette organisation s'inspirerait de celle choisie par le législateur en 2019 pour les ressources humaines médicales. Le directeur des ressources humaines de l'établissement support peut alors occuper une place d'animation des équipes du territoire afin de mettre en place des coopérations communes : la gestion de la paie, l'organisation des concours, la gestion de la mobilité, ou la santé au travail[131].

Enfin, l'établissement support doit respecter le principe de subsidiarité dans ces deux cas de figures. L'article R6132-14 du CSP ajoute que la conférence du dialogue sociale peut constituer un moyen de concertation sur les projets de mutualisation des ressources humaines. La conférence du dialogue social peut également être le lieu d'un véritable échange entre les acteurs du territoire afin de favoriser une coopération durable. En outre, un fort dialogue social territorial est prôné au sein des groupements[132]. Ainsi, une centralisation excessive de cette activité sur l'établissement support ne serait pas efficiente. L'établissement support reste alors soumis au groupement, y compris dans le domaine financier.

---

[128] BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH - Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017, p43
[129] IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*– Décembre 2019, p53
[130] Ibid.
[131] Ibid., p115
[132] IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*– Décembre 2019, p53

II- Un domaine financier en lente évolution

Le budget « G » est défini réglementairement afin de favoriser une coopération des établissements parties et de limiter un pouvoir arbitraire de l'établissement support. En effet, l'établissement support se trouve dans la position délicate d'exiger des contributions aux établissements parties alors que la dévolution d'activités stratégiques à celui-ci n'est pas toujours souhaitée par le reste des établissements (A).

En outre, le législateur établit de nouveaux outils intégratifs au sein de la loi du 24 Juillet 2019. Cette intégration supplémentaire est laissée au choix des établissements (B).

A- Une interdépendance croissante des établissements

Le budget G constitue un nouveau compte de résultat annexé à l'établissement support. Il retrace l'ensemble des opérations liées aux activités induisant un coût de gestion pour l'établissement support. Ces activités sont celles énumérées au I, II et III de l'article L6132-3 du CSP. La contribution des établissements membres à ce budget n'est pas décidée par l'établissement support mais par voie réglementaire[133]. Cette solution permet de limiter les possibles tensions entre les différents établissements parties[134].

Ce budget « G » se limite également aux dépenses d'exploitation et non aux dépenses d'investissement. Cette intégration est alors variable selon les choix des différents GHT[135]. De plus, la participation des établissements de santé au sein de ce budget varie selon leur poids financier. On constate alors une certaine équité favorisant une collaboration des établissements.

Le montant de ces budgets reste limité par rapport aux activités confiées à l'établissement support : « *Ainsi, peu de budgets dépasse encore le million d'euros alors que les budgets cumulés des établissements membres d'un groupement s'élèvent assez fréquemment à des sommes dépassant le milliard d'euros* »[136]. Cela démontre la dynamique centrifuge des GHT car toutes les activités ne sont pas centralisées sur l'établissement support. De surcroit, les versements de trésorerie sont versés tous les trois mois à l'établissement support par les

[133] Décret n°2016-524 du 27 avril 2016
[134] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p175
[135] DELNATTE Jean-Pierre, *Les règles budgétaires et comptables applicables aux GHT*, Finances hospitalières, décembre 2016, N°108, p13-17
[136] Ibid.

établissements parties. Cette disposition prévient d'une possible hégémonie de l'établissement support[137].

En outre, malgré une répartition égalitaire, ce budget G peut aboutir à une intégration croissante des établissements. En effet, la clé de répartition s'applique à toutes les activités gérées par l'établissement support. Cependant, cela ne tient pas compte des activités non entièrement mutualisées à l'ensemble du groupement. A titre d'exemple, un GHT peut décider de mettre en place un pôle médical d'urgence limité à certains établissements parties. L'ensemble des établissements membres vont alors participer aux charges de personnels, même s'ils n'ont pas d'activité d'urgences. Ainsi, cette spécificité comptable oblige les GHT à mettre en place des pôles inter-établissements qui concernent l'ensemble des établissements membres[138].

L'établissement support devient l'ancrage de l'intégration territoriale, faute de personnalité juridique. Ce budget G peut symboliser la dépendance des établissements membres à l'établissement support. Du fait de la mutualisation obligatoire de certaines activités, et notamment du système d'information et des achats, les établissements membres sont difficilement libres de quitter le groupement. En effet, quitter une organisation en place pour en initier une autre induirait des coûts importants. A titre d'exemple, l'établissement devrait sûrement changer l'ensemble de ses logiciels et applications ou repasser des marchés[139].

Cette dépendance se matérialise également par la possible mutualisation de plusieurs documents ou fonctions financières.

B- Une intégration choisie par les établissements

La loi du 24 juillet 2019 permet de construire une organisation intégrative par le biais du programme d'investissement unique, du PGFP (plan global de financement pluriannuel) unique et de la mise en commun des disponibilités.

Nonobstant, la mise en place de ces dispositifs n'est possible qu'à la demande de l'ensemble des directeurs des établissements parties au groupement (R6132-19-4 ; 5 ; 6 CSP). Différentes

[137] Décret N°2016-524 du 27 avril 2016,
[138] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p176
[139] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023.

instances doivent également être consultées[140]. Ainsi, ce phénomène d'intégration des GHT n'est pas extrapolable.

Le PGFP unique et le programme d'investissement unique sont fixés par le directeur de l'établissement support après avis du COSTRAT et de la CMG.
Le directeur de l'établissement support a la « charge *du pilotage* »[141] de ces documents. Cependant, ces documents sont issus d'une collaboration des directeurs car ils sont soumis pour avis au COSTRAT.
Ces documents permettent une intégration progressive des établissements parties et une centralisation des activités sur l'établissement support. A ce titre, l'IGAS relève que dès 2019, 38 GHT ont déjà mutualisé certains aspects de leur politique financière[142]. Ces mutualisations recouvrent des éléments méthodologiques, des emprunts, des investissements, et même parfois des directions.

De plus, dès 2019, 64 GHT sur 118 réponses ont engagé des investissements en commun, et 52 GHT sur 98 réponses envisageaient de le faire[143].
De fait, de nombreux financements régionaux ou nationaux sont attribués aux différents GHT par le biais de l'établissement support. Les établissements membres peuvent alors difficilement s'opposer à l'établissement support ou quitter le GHT[144]. La comptabilité et les finances peuvent également être centralisées sur l'établissement support.

Nonobstant, cette centralisation n'est pas un absolu. Chaque groupement décide librement entre un projet fédératif ou intégratif. Le rôle de l'établissement support apparait comme au « *milieu du gué* »[145].

---

[140] - DELNATTE Jean-Claude, *Les mesures réglementaires visant à renforcer intégration au sein des GHT dans le domaine financier*, Finances hospitalières, Juillet-Août 2021, n°159, p10-13
[141] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p243
[142] Rapport IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - BILAN D'ETAPE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT) – Décembre 2019
[143] IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*– Décembre 2019
[144] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p271
[145] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p5

PARTIE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT REMIS EN QUESTION FACE A L'IMBROGLIO DE L'ORGANISATION DU GHT

La constitution des GHT a entrainé une centralisation des pouvoirs et des responsabilités sur le directeur de l'établissement support. En outre, ces compétences restent enchevêtrées à celles des directeurs des établissements parties. Le directeur de l'établissement support ne dispose pas d'un pouvoir de contrôle ou de sanction. Il n'exerce pas son autorité sur les directeurs des établissements parties.

Différents modes de coopérations plus intégratifs peuvent alors être retenus par certains GHT. Nous pouvons citer la fusion ou la direction commune. Ceux-ci entrainent une centralisation des pouvoirs. Nonobstant, ces mécanismes ne constituent pas une finalité pour tous les GHT qui préfèrent une organisation fédérative.

Le directeur de l'établissement support joue également un rôle de président dans diverses instances. Dans un GHT intégratif, le directeur de l'établissement support devient la personnalité forte du GHT, notamment grâce à son rôle de chef de file du territoire (Chapitre I).

Le GHT est doté d'instances assimilables à celles des établissements de santé. Ces instances ne sont rattachées à aucune entité juridique. Encore une fois, on peut retrouver la conjugaison d'une double dynamique. On peut constater une centralisation de la gouvernance sur l'établissement support. Or, cette gouvernance territoriale associe également l'ensemble des établissements parties.
Face à cette complexité, autant pratique que juridique, on peut se demander si l'établissement support est un outil réellement efficient (Chapitre II).

CHAPITRE I : LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT : LE PORTEUR D'UNE VISION TERRITORIALE

Monsieur BATTESTI expose dans sa thèse que le GHT est parfois associé et même confondu à son établissement support[146]. Cet effet d'optique peut résulter d'une centralisation de la gouvernance sur l'établissement support. La constitution d'une direction commune renforce cette dynamique[147].

Le directeur de l'établissement support est également le président de différentes instances territoriales. Celui-ci se trouve à la tête d'une gouvernance parfois intégratrice. L'importance du directeur de l'établissement support au sein de la gouvernance varie selon les GHT. Son rôle reste parfois symbolique. En effet celui-ci doit être le porteur d'une vision territoriale mais il ne peut l'imposer (Section I).

L'établissement support est l'innovation de la loi de 2016. Du fait de cet effet de nouveauté, un grand nombre d'éléments restent encore indéfinis. Ainsi, les activités déléguées, mises en commun ou transférées au directeur de l'établissement support sont organisées par les établissements membres. Cette insécurité juridique peut être perçue comme une richesse car elle permet d'adapter le rôle de l'établissement support selon les spécificités territoriales. En outre, cela peut également constituer une source de difficultés. En effet, le directeur de l'établissement support a hérité d'un véritable transfert de compétences et de responsabilités (Section II).

SECTION I : LE ROLE EQUIVOQUE DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Certains GHT sont parfois associés à leur établissement support. L'identification du GHT à son établissement support provient notamment de la double casquette endossée par le directeur de cet établissement : celle de directeur de l'établissement support et celle de président des instances territoriales. L'importance du directeur dépend des GHT. En effet, certains GHT prônent un fonctionnement collaboratif où le directeur de l'établissement support garde une place mesurée au sein de la gouvernance (I).

[146] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p249
[147] Ibid.

Un deuxième phénomène entraîne cette confusion : la mise en place d'une organisation centrée sur l'établissement support et son directeur. En effet, certains GHT établissent des fusions et des directions communes afin de simplifier l'organisation du GHT[148]. Ces mécanismes ne sont pas généralisés à tous les GHT et établissements supports (II).

I- Un rôle du directeur en lien avec les fonctions supports ?

En lien avec les fonctions mutualisées et portées par l'établissement support, le directeur de celui-ci endosse également le rôle de président du COSTRAT. Or, ce rôle s'étend à d'autres instances sans, parfois, de réels liens avec les fonctions mutualisées (A).

Il s'ensuit une réelle confusion entre la fonction de directeur et celle de président. Certains groupements sont alors assimilés au directeur de l'établissement support. Pourtant, le législateur n'a donné aucun pouvoir spécifique au « président » de ces instances. Le président de ces instances doit alors favoriser une véritable coordination des acteurs du territoire. Ainsi, le directeur de l'établissement support peut être assimilé à un chef de file (B).

A- Un directeur de l'établissement support vu comme un président

L'article R6132-10 du CSP énonce que le directeur de l'établissement support préside le comité stratégique du groupement : « *Ainsi, le fait d'assumer la mutualisation des fonctions supports le conduit à devoir présider les instances propres au groupement et donc à piloter l'organisation de l'offre de soins sans qu'apparaisse de lien entre ces deux thématiques »*[149].

Le directeur de l'établissement support a été naturellement désigné comme le président du COSTRAT afin d'assurer l'exécution du projet médical et des activités mutualisées[150].
En plus de cette fonction, le directeur de l'établissement support préside le comité ou la commission des usagers[151]. Et en tant que sa qualité de président du COSTRAT, le directeur préside la conférence territoriale du dialogue sociale[152].

---

[148] Cour des Comptes, *LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p28
[149] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p149
[150] DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p26.
[151] R6132-11 CSP
[152] R6132-14 CSP

Il apparaît alors qu'il existe une certaine confusion entre l'établissement support et le GHT du fait de la représentation forte du directeur de l'établissement support au sein des instances du groupement.

De plus, le directeur exerce à la fois une mission de directeur et de président. A titre d'exemple, selon l'article R6132-1-1 du CSP, ce n'est non pas en sa qualité de président du COSTRAT, mais en tant que directeur de l'établissement support que celui-ci signe les conventions de partenariat ou d'association. De même, s'agissant des conventions des pôles inter-établissements, le directeur les signe en cette qualité, et non en celle de président du COSTRAT.

Nonobstant, la présidence du comité des usagers et de la conférence du dialogue sociale par le directeur de l'établissement support trouve moins de logique que celle du COSTRAT[153].
Bien qu'il s'agisse de la même personne, l'utilisation concomitante des termes de « président » et de « directeur » par le législateur peut participer à cette assimilation du GHT à l'établissement support. On peut se demander si le législateur a institué « *une direction commune partielle* »[154].

De surcroît, le directeur de l'établissement support est quelque fois le directeur d'établissements en direction commune, lui procurant alors une place majeure au sein de la gouvernance.
Il est également associé aux différentes instances des établissements parties, composées d'acteurs encore différents. Le directeur de l'établissement est comme omniscient car il « *gère le plus souvent de 5 à 7 établissements de santé qui lui sont rattachés ; en moyenne 6 conseils de surveillance avec 6 maires présidents différents ; 6 commissions médicales d'établissement (CME) avec 6 présidents différents* »[155].

Bien que le directeur de l'établissement support ai une position stratégique, celle-ci reste symbolique. Nous pouvons alors penser au rôle du chef de file qui a une vision transversale de la politique territoriale.

---

153 KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p336
154 TANGUY Hervé, GEY Martine et de LARD-HUCHET Brigitte, *GHT : et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?*, Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017, p. 14
155 DEWITTE Jean-Pierre, *Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ?* Dans Les Tribunes de la santé-Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 89 à 99, Éditions Global Média Santé

B- Un président sans pouvoirs

Bien que le COSTRAT soit assimilé à un directoire, la présidence de cette instance ne confère pas au directeur de l'établissement support un véritable rôle d'exécutif de cette instance.

Par ailleurs, l'article R6132-10 du CSP ne précise aucune particularité quant au rôle du président de l'instance. Le dernier alinéa de cet article précise seulement que le comité stratégique ou son bureau restreint peuvent faire des propositions, non pas au président de l'instance, mais au directeur de l'établissement support, dans la gestion des fonctions mutualisées. Ainsi, la précision sémantique du législateur indique que les conseils donnés ne sont pas en lien avec la fonction de président.

En théorie, le législateur n'a pas imaginé le COSTRAT comme un directoire : il ne constitue pas une instance de délibérations précédant la prise de décision du directeur. Au sein du COSTRAT, les décisions sont votées par l'ensemble des directeurs et la volonté de son président n'induit pas nécessairement une décision[156].

En pratique, cependant, le vote est parfois purement symbolique et les COSTRAT fonctionnent comme des directoires. En effet, il est difficile pour les directeurs des établissements parties de s'opposer au directeur de l'établissement support au vu de leur dépendance considérable à celui-ci. A titre d'exemple, face à la pénurie croissante des médecins, les établissements supports mettent à disposition leur personnel au sein de pôle inter-établissements ou par le biais de consultations avancées[157].

Cette pratique induit parfois une confusion entre deux qualités : celle de directeur de l'établissement support et celle de président du COSTART. Le comité stratégique qui devait être un lieu de coordination et de travail collaboratif entre les établissements parties devient dans certains cas le lieu où le directeur de l'établissement support dirige au lieu de présider.

Cette affirmation doit cependant être mesurée. Encore une fois, la particularité du fonctionnement du GHT demeure dans sa souplesse. Certains GHT préfèreront une organisation collaborative où l'ensemble des directeurs participent à la prise de décision. A titre

[156] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire,* Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p150
[157] Ibid., p154

d'exemple, certains GHT ont désigné un vice-président au sein du règlement intérieur afin de mesurer le poids de l'établissement support[158].

II- Une centralisation modérée autour de l'établissement support

A la suite de la création des GHT en 2016, les établissements de santé ont progressivement convergé du fait de la mutualisation de nombreuses fonctions.
Aujourd'hui, certains groupements font le choix d'une organisation plus intégrative grâce aux mécanismes de la fusion ou de la direction commune. Cette tendance n'est absolument pas généralisée à l'ensemble des GHT.

L'établissement support est parfois au cœur de nouvelles organisations institutionnelles (A). De plus, il peut diriger une nouvelle administration (B).

A- Une lente évolution vers des processus de fusion et de direction commune

L'établissement support assume de plus en plus la gestion des différents établissements de santé du territoire par le biais de la fusion ou de la direction commune. Contrairement au GHT, ces deux mécanismes permettent un véritable transfert de responsabilités et de fonctions sur l'établissement support. Ces outils favorisent alors une véritable simplification de la coopération au sein du GHT[159].

L'article L6147-1 du CSP précise les modalités de la fusion entre établissements de santé : une nouvelle personnalité juridique peut être créée ou les établissements peuvent maintenir la personnalité juridique d'un établissement. Dans le dernier cas, il s'agit d'une véritable fusion-absorption.

[158] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, p405-412

[159] « *Entre établissements parties, les rapprochements institutionnels, directions communes voire fusions, permettent de sceller plus fortement l'intégration des gouvernances et des directions, et favorisent naturellement les synergies entre offres de soins et les mutualisations de fonctions support*. » - IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p81

Néanmoins, les fusions des établissements restent encore minoritaires[160]. A titre d'exemple, la Cour des Comptes relève seulement les exemples suivants en 2020 : « *le GHT Nord-Ardennes, le GHT Haute-Saône, le GHT Sud-Bretagne, le GHT 77 Nord, le GHT Nord-Essonne et le GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences ont en effet connu au cours des derniers mois une fusion juridique complète de leurs établissements sanitaires* »[161].

Il restera à voir si la loi du 27 décembre 2023 favorisera le recours à la fusion. En outre, les établissements de santé collaborent dans un premier temps au sein du GHT puis de directions communes. Cette dernière est de plus en plus utilisée par les établissements de santé. Elle permet d'instituer une véritable vision territoriale tout en conservant la personnalité juridique des établissements parties[162].

Le législateur voulait systématiser la mise en place des directions communes au sein d'un projet de loi[163]. Cependant, ce projet a été abandonné et laisse cette coopération au libre choix des établissements.

Il apparaît que l'établissement support devient, dans certains GHT, le socle d'un rapprochement progressif des établissements. Cette intégration place momentanément l'établissement support comme l'élément central du GHT. En outre, il convient de se demander si l'établissement support n'est qu'un socle en attendant cette intégration définitive des établissements de santé au sein d'une même personnalité juridique. En outre, les groupements ont adopté une organisation territoriale.

---

[160] DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017 », Mai 2018 : les 25 pages du rapport recensent au cours de l'année 17 fusions d'établissements intra sanitaires

[161] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p76

[162] « *Le lien de corrélation entre niveau d'intégration d'un GHT et existence d'une direction commune peut être suggéré. Ainsi, parmi les 25 GHT présentant les niveaux d'intégration les plus forts, figurent 13 GHT en direction commune (soit 52 %). A contrario, parmi les 25 GHT présentant les scores intégratifs les plus faibles, figurent quatre GHT en direction commune165 (soit 16 %).* » : Cour des Comptes, *LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p64

[163] « *(…) Pour permettre une plus grande intégration des établissements de santé au sein des GHT, l'article 7 prévoit de systématiser les directions communes. Il crée ainsi un nouvel article L. 6132-1-1 du code de la santé publique au sein du chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, relatif aux GHT. Ce nouvel article prévoit que tout poste de directeur d'établissement laissé vacant dans un établissement partie à un GHT est systématiquement confié à l'établissement support du groupement. À chaque départ d'un directeur d'établissement partie, dans le cas d'un départ en retraite par exemple, la direction doit ainsi devenir systématiquement une direction commune entre l'établissement partie et l'établissement support ».* - RIST Stéphanie, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, 25 novembre 2020 :

B- Une réorganisation de l'administration à l'échelle territoriale

La mutualisation de certaines fonctions a entrainé la réorganisation de l'ensemble des équipes et même la création de nouveaux postes dédiés au GHT.

L'ANAP relève dans un premier temps que le « *GHT 21 – 52* » a créé « *le poste de directeur adjoint en charge du GHT* »[164]. Celui-ci a la charge d'animer les projets et instances dédiés au GHT.

De plus, des directions fonctionnelles ont été dédiées au GHT et centralisées au niveau de l'établissement support. A titre d'exemple, la DGOS invite à créer une direction des systèmes d'information et une direction des achats[165].

Au sein même de ces directions, les agents ont vu leur fiche de poste modifiée afin de leur attribuer des missions spécifiques au GHT.

A titre d'exemple, des référents achats ont été désignés à travers les établissements parties. Ceux-ci ont le rôle d'effectuer le recensement de leurs besoins avant la publication d'un marché public par l'établissement support. Ils partagent alors leur temps entre les missions dédiées à leur établissement et celles dédiées au GHT au sein de l'établissement support. On peut encore constater ici l'ambivalence du GHT et de l'établissement support. En effet, les référents achats ont du temps dédié à la fonction achat transférée à l'établissement support en plus de leur temps de travail dédié à l'établissement partie. On observe alors une représentation générale du territoire.

Par ailleurs, des emplois spécifiques au GHT ont été créés comme le métier d'acheteur ou de coordinateur des achats. Ceux-ci sont rémunérés par le budget G et peuvent être embauchés par l'établissement support.

On constate une centralisation de certaines missions spécifiques sur l'établissement support. Nonobstant, le directeur de l'établissement support conduit l'ensemble de ces équipes. Cependant, il existe une participation élargie des établissements aux missions mutualisées. Dans son rapport de 2019, l'IGAS souligne l'importance du principe de subsidiarité : « *seules les tâches qui ne peuvent être prises en charge à l'échelon inférieur avec suffisamment*

[164] ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019, p13

[165] DGOS- Guide méthodologique - *Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT* – Juillet 2016, p11 ; MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE-DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017

d'efficacité et d'efficience remontent au niveau central »[166]. La centralisation de certaines missions sur l'établissement support place le directeur de l'établissement support au centre du groupement.

SECTION II : LE DIRECTEUR DE l'ETABLISSEMENT SUPPORT : LA FIGURE FORTE DU GHT

Monsieur BATTESTI compare le GHT à un véritable « *mécano-institutionnel* »[167]. Le directeur de l'établissement support hérite d'un grand nombre de prérogatives sans de réelles possibilités de les appliquer (I).

L'enchevêtrement des compétences et responsabilités entre les établissements parties et l'établissement support est également source de confusion (II).

I- Un directeur avec un pouvoir en demi-teinte

Du fait de l'absence de personnalité juridique conférée au GHT, le directeur de l'établissement support a hérité d'un grand nombre de prérogatives. Cependant, la portée de ces prérogatives reste volontairement incertaine afin que les établissements membres déterminent celle-ci au sein de la convention constitutive. Cette souplesse permet de construire une organisation adaptée aux besoins de ses membres (A).

Bien que le directeur de l'établissement support soit doté de nombreuses prérogatives, il ne dispose pas d'un pouvoir de contrôle ou de sanction sur les établissements parties (B).

A- Des prérogatives incertaines

L'article L. 6143-7 du CSP énonce les compétences dévolues au directeur de l'établissement support dans le cadre des fonctions détaillées à l'article L6132-3 I° du CSP[168]. Il existe, cependant, une certaine incertitude quant à la portée des prérogatives confiées au directeur de l'établissement support. A l'article L6132-2 du CSP, le législateur semble faire référence au régime juridique de la délégation de pouvoir[169].

---

[166] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p94

[167] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p129

[168] L6143-7 §6 CSP

[169] L6132-2 II -5 CSP (a : « *l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées.* »

Ainsi qu'a pu le démontrer Madame KELLER[170] dans sa thèse sur les coopérations inter-hospitalières, le pouvoir réglementaire parle, quant à lui, de délégation de signature à l'article R6132-1 II du CSP[171]. Elle retranscrit la définition de la délégation de signature élaborée par Monsieur TCHEN : « *n'entraîne pas un transfert de compétence mais vise simplement à faciliter l'organisation d'un service. (…) le bénéficiaire est en principe désigné personnellement pour signer des décisions déterminées sous le contrôle et la responsabilité du déléguant* »[172].

A contrario, l'instruction ministérielle de 2017 spécifie bien qu'il s'agit d'un transfert de compétences. Or, ce transfert implique une transmission des pouvoirs et des responsabilités. Cette transmission est prévue légalement à l'article L6132-3 du CSP. Ces attributions précédemment exercées par les établissements parties sont alors détenues par l'établissement support.

De surcroît, le transfert de compétences porte sur l'ensemble des missions énoncées à l'article L6132-3 du CSP : les « *missions dévolues, déléguées ou mises en commun* »[173]. Ces activités ne sont pourtant pas toutes transférées à l'établissement support mais simplement dévolues ou mutualisées. Ainsi, l'étendue des prérogatives confiées au directeur de l'établissement support est notable.

L'instruction ministérielle de 2017 vient également préciser les différents pouvoirs du directeur de l'établissement support : *« La conduite de la politique générale à mener ; la représentation légale dans les actes de la vie civile et en justice ; l'exercice d'un pouvoir de nomination ; l'exercice de l'autorité sur l'ensemble du personnel ; l'ordonnancement des dépenses et des recettes ; le pouvoir de transiger et de déléguer sa signature* »[174]. L'instruction continue en détaillant précisément les pouvoirs conférés au directeur.

---

[170] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p274

[171] « *La convention détermine, dans le volet mentionné au 2° du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement.* » : Article R6132-1 II CSP

[172] TCHEN V., « Ediction de l'acte administratif », Jcl. Adm., Fasc. 107-20, Juillet 2016

[173] Ibid.

[174] INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

Ainsi, Madame KELLER conclue que le pouvoir réglementaire et législatif ont maintenu un doute sur la portée des prérogatives confiées au directeur afin d'avoir une vision pragmatique[175]. Les différents GHT définissent librement leur organisation au sein de la convention constitutive.

Le législateur a ajouté au fil des années, des prérogatives au directeur de l'établissement support. A titre d'exemple, il signe également les conventions d'association et de partenariat sous réserve que la convention constitutive lui confère cette attribution[176].
Le décret du 27 mai 2021 a également étoffé les pouvoirs du directeur[177]. Le directeur de l'établissement support signe le CPOM[178], le plan global de financement pluriannuel des établissements[179] ou définit le programme d'investissement unique[180].

Nonobstant, l'ensemble de ces prérogatives ne permet pas au directeur de l'établissement support d'exercer une quelconque autorité sur l'ensemble des établissements parties.

B- Une autorité relative sur les autres établissements

Du fait de l'absence de personnalité juridique conférée au GHT, le directeur de l'établissement support n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les directeurs des établissements parties. De même, il n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les agents employés par les établissements parties alors qu'ils effectuent différentes missions au titre des activités mutualisées et portées par l'établissement support. Nous pouvons de nouveau prendre l'exemple des référents achats qui sont employés par les différents établissements parties et qui réalisent des missions pour l'établissement support.
Le bon fonctionnement de cet ensemble dépend alors de la bonne volonté des agents à travailler ensemble.

[175] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p274
[176] Article 6132-1-1 à R6132-1-4 CSP.
[177] Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
[178] R6132-19-3 CSP
[179] R6132-19-4 CSP
[180] R6132-19-5 CSP

De surcroît, il n'existe aucun « *mécanisme de résolution des conflits* »[181]. En d'autres termes, si un conflit intervient entre les établissements membres du GHT, il n'existe aucun arbitre. Le directeur de l'établissement support peut, certes, servir de « *médiateur* »[182], mais il ne lui revient aucunement le droit de prendre une décision. L'établissement support peut seulement avoir un poids par sa légitimité octroyée par l'ensemble des établissements membres.

Monsieur BATTESTI distingue alors « *les groupements naturels, les groupements isolés, et les groupements dyarchiques* ». Les premiers sont ceux où l'établissement support dispose d'une forte légitimité car il possède un plateau technique important et du personnel qualifié et en nombre suffisant. Il peut alors aider les différents établissements du territoire grâce à des consultations avancées ou à des équipes médicales de territoire. Celui-ci est alors en position d'imposer des décisions ou de régler des conflits. Dans le deuxième cas, l'établissement support est, certes, légitime mais il ne peut imposer ses décisions sur le territoire car il n'est pas doté de moyens, notamment médicaux, suffisants pour aider les établissements parties. Enfin, les GHT dyarchiques ne disposent pas d'un établissement support légitime. Les rapports de force sont alors importants entres les établissements membres et aucune décision ne peut être prise par le directeur de l'établissement support[183].

Pour conclure, le directeur de l'établissement support est un véritable chef de file car il doit assurer un fonctionnement commun à l'ensemble des établissements membres. Ce rôle varie selon les groupements.
Le transfert de compétences s'accompagne également d'un transfert de responsabilités.

II- Un accroissement de la responsabilité juridique du directeur de l'établissement support

La loi de 2016 a innové en ne dotant pas le GHT d'une personnalité juridique mais en créant l'établissement dit support. Celui-ci constitue alors la figure forte du GHT par les nombreuses mutualisations d'activités portées par lui. Cependant, cette innovation ne n'a pas le mérite de

[181] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p152
[182] Ibid., p154
[183] Ibid., p105

simplifier la compréhension[184]. Ainsi, il existe une confusion dans le partage des responsabilités notamment dans le cadre du transfert de la fonction achat (A).

Cette difficulté se démultiplie dans le cadre des autres fonctions prévues à l'article L6132-3 du CSP (B).

A- La fonction achat : la plus significative

Un transfert de compétences s'accompagne d'un transfert de responsabilités. Monsieur PIERRE Philippe définit ce terme juridique. « *Au commencement était le responsable, à propos duquel la recherche étymologique enseigne qu'il signifiait autant celui qui s'engage (du latin sponsor, « débiteur ») que celui qui garantit (responsor, « caution »), avant qu'il n'acquière son sens définitif, en désignant celui qui doit « répondre de » ou « répondre devant » – répondre d'un dommage en assumant toutes ses conséquences, comme en répondre devant la justice en subissant la contrainte publique qui s'y attache.* »[185].

L'article L6143-7 du CSP prévoit que le directeur de l'établissement support exerce, pour le compte des établissements, l'ensemble des missions énoncées à l'article L6132-3 du CSP. En application de ce même article, le directeur de l'établissement support agit en justice et représente les établissements parties dans le cadre des activités transférées. Il devient alors responsable des actes.

De surcroît, il a été vu que l'article L6132-3 I° du CSP établit un transfert de compétences au directeur de l'établissement support. Or, un transfert de compétences entraîne un transfert de responsabilités[186].
Cette responsabilité est de deux ordres : pénale et administrative. Nous pouvons prendre l'exemple du référé précontractuel qui engage la responsabilité du pouvoir adjudicateur en cas de non-respect des règles de publicités ou de mises en concurrence[187].

[184] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 202, p33
[185] PIERRE Philippe. RESPONSABILITÉ (droit) - Vue d'ensemble [en ligne]. In Encyclopædia Universalis [s.d.]
[186] En ce sens : Conseil d'Etat 4 décembre 2013, Communauté urbaine Marseille Provence Métropole, n°349614
[187] Art. L. 551-1 s., R. 551-1 s du Code de Justice Administrative

Dans le cas de produits défectueux, la responsabilité de l'établissement support peut également être reconnue dans le cadre d'une action récursoire pour mauvaise exécution du marché public[188].
Ce transfert de responsabilité ne s'étend pas à l'exécution des marchés car cette activité reste de la compétence des établissements parties. Cependant, l'établissement support est responsable des avenants au contrat car cette compétence lui a été transférée.
Enfin, la responsabilité pénale de l'établissement support peut également être reconnue dans le cadre de la commande publique. Nous pouvons prendre l'exemple du délit de favoritisme, de la prise illégale d'intérêts ou du trafic d'influence.

Le transfert de responsabilités est particulièrement important dans le cadre de la fonction achat car le directeur de l'établissement support devient le pouvoir adjudicateur.
En outre, cette responsabilité se retrouve dans le cadre des autres activités mentionnées à l'article L6132-3 du CSP.

B- Un transfert de responsabilité multiple ?

En application de l'article L6132-3 I° du CSP, le directeur de l'établissement support est responsable des quatre autres fonctions transférées à celui-ci. Comme énoncé plus tôt, un transfert de compétences entraîne un transfert de responsabilités.

Il reste cependant un doute dans le cadre du régime de la délégation de compétences. En effet, l'article L6132-3 du CSP prévoit au II° des délégations de compétences en précisant que l'établissement support « *peut gérer pour le compte* ». Enfin le III° prévoit la mise en commun d'activités. Nonobstant, l'instruction ministérielle du 4 mai 2017 est venue préciser le régime applicable à l'ensemble des fonctions mutualisées : le transfert de compétences. Ainsi, que cela soit une délégation ou une mise en commun, toutes deux posées au II° et III° de l'article L6132-3, les compétences sont transférées à l'établissement support. On en déduit alors un transfert de responsabilités.

[188] TC, 11 avril 2016, Centre hospitalier de Chambéry, C4044, Rec., RDSS 2016, Note PEIGN, P511 : cité dans VALENTIN BLANCHARD Sous la direction de Catherine KELLER, *Conséquences juridiques et organisationnelles du transfert de la fonction achat dans le cadre du groupement hospitalier de territoire*, Septembre 2018, p21.

En pratique, cette disposition n'est pas aussi facilement applicable[189]. De fait, les GHT sont qualifiés de « *bombes à fragmentation* »[190]. En effet, un certain nombre de fonctions transférées au directeur de l'établissement support ne sont pas réalisées par des agents sous sa direction mais par des agents sous la direction des établissements parties. Ces agents réalisent alors des missions sous la direction de l'établissement support ainsi que des missions sous la direction d'un établissements partie. Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature dans le cadre des activités mutualisées[191]. Néanmoins, cela ne l'exempt pas de sa responsabilité.

Pareillement, la convention constitutive peut prévoir des modalités particulières quant à ces transferts d'activités. Dans un GHT prévoyant une organisation fédérative, chaque établissement partie conservera une partie des responsabilités contrairement à une construction intégrative. A titre d'exemple, les GHT peuvent mettre en place des équipes médicales de territoire portées par des fédérations médicales hospitalières où la coopération est relativement souple et où chaque établissement conserve ses prérogatives[192].

Cette « *bombe à fragmentation* »[193] se poursuit jusque dans le corps des directeurs d'hôpitaux. Bien qu'ils soient tous issus de la même école, certains seront amenés à exercer un large panel de compétences au sein des établissements supports, et d'autres auront des prérogatives plus limitées au sein des établissements parties ou des établissements en direction commune[194].

Cette confusion peut être dépassée grâce à la mise en place d'outils de coopération plus intégratifs tels que la direction commune ou la fusion. On peut alors se demander si l'établissement support est vraiment efficient. Auquel cas, il faudrait étudier la faisabilité d'un établissement territorial de santé.

---

[189] « *Cela est d'autant plus difficile que les responsabilités sont relativement floues entre le groupement, en tant que regroupement d'établissements, et son établissement support. Cette confusion existe au sein même du périmètre des fonctions mutualisées et assumées par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des membres. Ainsi, l'émergence des groupements hospitaliers de territoire ne s'est pas faite dans la quiétude, et un sentiment d'insécurité juridique a pu rapidement prendre le pas dans l'esprit des établissements membres.* » - DE LARD-HUCHET Brigitte, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, « Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions… Et presque autant de réponses ! », Gestions hospitalières, n°551, décembre 2015, pages 634-639

[190] TANGUY Hervé, GEY Martine et de LARD-HUCHET Brigitte, *GHT : et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?*, Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017.

[191] Art R. 6132- 21-1 CSP

[192] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p106

[193] TANGUY Hervé, GEY Martine et de LARD-HUCHET Brigitte, *GHT : et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?*, Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017

[194] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p200

CHAPITRE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VOUE A DISPARAITRE ?

Dès 2016, le législateur a constitué une gouvernance territoriale calquée sur celle des établissements de santé. Cette gouvernance affiliée au GHT n'est rattachée à une aucune entité juridique. L'établissement support, du fait de son rôle de tiers-juridique[195], occupe une place parfois importante au sein de cette gouvernance. Cependant, son rôle reste mesuré par rapport à l'organisation et aux missions de ces instances (Section I).

Face à cette complexité[196], l'établissement support est remis en question. Certains auteurs plaident pour une intégration complète des établissements au sein d'un établissement territorial de santé[197]. Cependant, cela ne semble pas être la finalité du législateur à la suite de la loi VALLETOUX du 27 décembre 2023 (Section II).

SECTION I : L'AMBIVALENCE DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT AU SEIN DE LA GOUVERNANCE

Le législateur encourage une prise de décision au niveau territorial par la mise en place d'instances spécifiques : le COSTRAT et la CMG ou la CM unifiée, la CSIMRT de groupement ou unifiée.
Ces instances ne sont rattachées à aucune entité juridique et pourraient faciliter la mise en place d'un établissement territorial de santé[198](I).

Ces instances de décision s'accompagnent de diverses instances de concertation. Encore une fois, celles-ci ne sont rattachées à aucun établissement spécifique. L'établissement support joue alors son rôle de chef de file en coordonnant les actions de l'ensemble des établissements. Nous observons encore une fois une double dynamique propre au GHT : une centralisation de la

[195] « *Substrat juridique palliatif* » - KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p232
[196] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 202, p33
[197] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p98 à 105
[198] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p145

gouvernance autour de l'établissement support conjuguée à une représentation des établissements parties (II).

I- Un effacement des commissions propres aux établissements

Les centres de décisions des établissements de santé se sont progressivement situés au niveau territorial et notamment au sein du COSTRAT (A).

Ce constat se confirme par l'unification des commissions médicales et soignantes des établissements au sein d'une ou plusieurs instances du GHT (B).

A- Le COSTRAT : le directoire du groupement ?

Le législateur a modelé le COSTRAT comme un directoire. En effet, la loi HPST de 2009 avait conçu le directoire comme une instance de concertation[199].

Or, ces mêmes missions sont octroyées au COSTRAT : il « *conseille et oriente le directeur de l'établissement support sur l'ensemble des sujets en lien avec la convention constitutive de GHT et le projet médical partagé. En ce sens, le comité stratégique doit être vu comme une instance de concertation* »[200].

Comme le directoire, la composition du COSTRAT représente l'ensemble des parties prenantes : le personnel médical, soignant et la direction[201]. Enfin, le COSTRAT est présidé par le directeur de l'établissement support, tandis que le directoire est présidé par le directeur de l'établissement.
Cette instance territoriale calquée sur le directoire des établissements parties concoure à l'intégration des établissements membres. Le législateur avait par ailleurs tenté de poursuivre cette dynamique en proposant une possible fusion des comités stratégiques et des directoires des groupements[202]. Cependant, cette proposition ne sera pas retenue par l'ordonnance du 17 mars 2021[203].

[199] Article L6143-7 CSP
[200] DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p27.
[201] Art L. 6132-2 II 5° b) CSP
[202] Projet de loi n°1681 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 13 février 2019
[203] Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Le COSTRAT constitue une instance « *motrice* »[204] du fait des nombreuses missions qui lui sont confiées. Le comité stratégique élabore et adopte le règlement intérieur, il reçoit les avis des différentes instances du GHT, il émet un avis sur les EPRD des établissements parties, il reçoit un bilan du DIM de territoire[205].
De plus, en lien avec la dynamique de centralisation de la gouvernance sur l'établissement support, le décret du 27 mai 2021 a ajouté l'article R6132-10-1 au CSP. Cet article confère de nouvelles compétences au comité stratégique. Le COSTRAT définit les éléments suivants : les équipes médicales de territoire, le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins, la réalisation du projet médical de territoire, les orientations stratégique pour la gestion des ressources humaines médicales, la politique de formation continue, le projet social et le projet managérial[206].

Le comité stratégique est également consulté sur : « *la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* »[207].

Enfin, les établissements ont parfois doté le COSTRAT de compétences supplémentaires au sein de leur règlement intérieur. Cela manifeste de la volonté des établissements de renforcer la prise de décision au niveau territorial et non local[208].

Ainsi, les établissements membres des GHT tendent à perdre de plus en plus leur autonomie au profit d'un niveau territorial. Comme nous avons pu le remarquer dans les paragraphes précédents, le directeur de l'établissement support y occupe une place prépondérante. En outre, le COSTRAT constitue une « *instance de concertation* »[209] car l'ensemble des acteurs du territoire y sont représentés. Cette composition large permet de mettre en œuvre le projet

[204] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p28
[205] DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p26.
[206] Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital - Art R6132-10-1 CSP
[207] Art R6132-10-1 CSP
[208]KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412 : *« 30 % de l'échantillon étudié sont dotés d'au moins une attribution supplémentaire* ».
[209] DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p27

commun du groupement : le projet médical partagé. De nouveau, on observe cette double dynamique propre au GHT : l'intégration et la coopération.

L'autonomie des établissements parties au groupement s'efface par une possible fusion des commissions médicales et soignantes.

B- Une unification des commissions médicales et des soins infirmiers

L'ordonnance du 17 mars 2021 renforce l'acculturation des établissements de santé au GHT. Premièrement, l'ordonnance impose la constitution d'une commission médicale de groupement. Auparavant, les établissements avaient le choix entre celle-ci ou un collège médical. Les compétences de ce dernier étaient organisées par les établissements membres au sein de la convention constitutive. Les établissements parties leurs conféraient des compétences « *additionnelles à celles des CME d'établissement* »[210]. La commission médicale est d'une nature plus intégrative. Le décret du 27 mai 2021[211] prévoit que les commissions médicales des établissements perdent certaines de leurs compétences au profit de la commission médicale du groupement[212].

Le projet médical du groupement devient alors la clé de voûte du groupement[213]. Cette étape supplémentaire renforce la place de l'établissement support au sein de la gouvernance. En outre, « *seuls 20 % des GHT ont cependant fait le choix des CMG* »[214] avant l'ordonnance du 17 mars 2021. On peut alors se demander si la CMG est l'instance la plus adaptée à l'ensemble des groupements.

Deuxièmement, l'ordonnance innove par la création des articles L6132-2-1 à L6132-2-7 du CSP. Ces articles disposent que les établissements de santé ont la faculté d'unifier les commissions médicales et soignantes des établissements parties avec celles du groupement.

---

[210] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORT N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p64

[211] Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, art. 2

[212] ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORT N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021, p64

[213] Ibid.

[214] Ibid.

Le décret du 27 mai 2021 ajoute qu'il est également possible de créer une commission médico-soignante qui serait alors composée des membres de la commission soignante et médicale du groupement[215].
Dans ce cadre, les nouvelles instances se substituent à celles des établissements pour exercer certaines missions et compétences[216].

Cependant, cette gouvernance inter-hospitalière reste complètement détachée des établissements. En effet, ni la commission médicale, ni la commission soignante ne sont rattachées à l'établissement support. Cette gouvernance inter-hospitalière pourrait favoriser la mise en place d'un établissement territorial de santé.

Nonobstant, les établissements de santé sont incités à choisir ces dispositifs assimilés à la fusion afin de contourner la lourdeur administrative et l'insécurité juridique des GHT[217]. Ainsi, le processus de fusion est de plus en plus utilisé par les établissements de santé[218].

Ainsi, la gouvernance territoriale des GHT pourrait prendre le pas sur celle des établissements de santé.

II- La dualité de l'établissement support

Au sein du COSTRAT et des commissions médico-soignantes, l'établissement support occupe une place plus ou moins importante selon les GHT. Cependant, un grand nombre d'acteurs du territoire participent également à ces instances. Cette double dynamique témoigne de l'ambivalence du rôle de l'établissement support (A).

---

[215] DAGORN Claude, GIORGI Dominique, MEUNIER Alain, *Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières*, Dans Les Tribunes de la santé, Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 77 à 87, Éditions Global Média Santé Global
[216] Art L6132-2-4 CSP
[217] « *Nécessité de libérer la gouvernance des GHT* » COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p27 et 28
[218] « *Il s'ensuit que sous la pression combinée de la complexité et de l'insécurité juridiques qu'il génère et de son caractère intégratif, le GHT infléchit les traditionnelles lignes de fracture entre les processus de coopération et de fusion, dans un rapport désormais favorable à ce dernier* » : KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p347

Le législateur a, dès 2016, créé une véritable gouvernance territoriale. Certaines instances sont spécifiques au GHT, d'autres sont calquées sur le fonctionnement des établissements publics de santé. Encore une fois, l'établissement support y occupe une place ambivalente (B).

A- Une dynamique « centripète ou centrifuge »[219] ?

On observe une double dynamique au sein de la gouvernance inter-hospitalière : une centralisation autour de l'établissement support conjuguée à une participation renforcée des établissement parties.

Les GHT composés de plus de 5 établissements avec un CHU comme établissement support ont tendance à instituer un bureau auprès du COSTRAT. Cette tendance induit un effet d'asymétrie et une centralisation du pouvoir sur l'établissement support. Cet effet d'asymétrie se confirme par la transmission limitée de ses avis aux autres instances territoriales[220]. La DGOS incite à la constitution d'un bureau auprès du COSTRAT lorsque le GHT est composé d'un nombre important d'établissements parties. Cependant, la DGOS alerte sur la composition de ce bureau. Celui-ci doit représenter les acteurs du territoire[221].

Les GHT font majoritairement le choix de rattacher le secrétariat des instances à l'établissement support. Une étude énonce que la moitié des GHT interrogés ont institué un secrétariat de la CMG auprès de l'établissement support. Seulement un tiers des cas de la cohorte rattachent le secrétariat de la CSMIRT à l'établissement support[222].

Cependant, on peut également observer une « *dynamique centrifuge* »[223]. Au sein du règlement intérieur, les établissement membres peuvent désigner les membres pouvant être présents dans les différentes instances. La même étude précédemment citée montre qu'un tiers des GHT ont

[219] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

[220] « *A noter qu'un seul GHT de l'échantillon prévoit une coordination avec la CMG. Seuls deux Costrat prévoient de rendre compte de leurs travaux au CTEL.* » - Ibid.

[221] « *Si les établissements parties au groupement optent pour la constitution d'un bureau, il faut de toute évidence veiller, dans la composition de ce bureau, à une juste répartition des établissements parties au groupement à apprécier au regard des rapports de force et des enjeux et de la qualité des représentants qui y siègent. Elle doit veiller à une juste représentation des personnels médico-soignants* » - DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p27

[222] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

[223] Ibid.

fixé une composition plus large que celle prévue par les textes[224]. De plus, certains GHT ouvrent le COSTRAT à l'intervention de personnes extérieures.

De même, certains GHT ont équilibré les pouvoirs en prévoyant la nomination d'un vice-président au sein de la CMG, du COSTRAT, du CTEL (comité territorial des élus locaux) ou de la CSIRMT.

Le règlement intérieur permet ainsi de moduler le fonctionnement des instances aux spécificités de chaque GHT. Encore une fois, le rôle de l'établissement support est défini par le législateur et les établissements membres du GHT.

On peut alors observer une certaine appropriation de la gouvernance territoriale par les établissements de santé. Cela témoigne d'une possible évolution vers un établissement territorial de santé. De plus, le législateur a institué une gouvernance spécifique au groupement.

B- Des instances territoriales non-associées à l'établissement support

La loi de 2016 a inventé des instances spécifiques au GHT. Premièrement, le comité territorial des élus locaux est composé d'élus ainsi que de membres de la gouvernance du GHT et des établissements membres[225]. Cette instance a pour but de contrôler les différentes actions du GHT concernant l'accès aux soins[226].

Le CTEL s'est progressivement rattaché à l'établissement support. On peut alors observer qu'un secrétariat du CTEL a été, pour la moitié des GHT, rattaché à l'établissement support[227].

Deuxièmement, la conférence du dialogue social a également été créée par la loi de 2016[228]. Il ne s'agit pas d'une instance à proprement parler mais d'un simple espace de dialogue. Son organisation et sa composition sont fixées par le règlement intérieur du GHT. Ainsi, selon les GHT, son poids sera variable. En outre, dans de nombreux cas, l'établissement support y occupe

---

[224] Ibid.

[225] « *Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement, le médecin-chef de l'hôpital des armées associé au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.* » - Art R6132-13 CSP

[226] « *Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement*. » - Art L6132-2 CSP

[227] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

[228] Art R6132-14 du CSP

une position significative par sa masse salariale[229]. Ainsi, le poids de l'établissement support, par le nombre de personnes le représentant, empêche une véritable concertation.

Les établissements de santé peuvent créer soit un comité des usagers soit une commission des usagers. Par ailleurs, les établissements de santé peuvent décider de déléguer des compétences attribuées à la commission des usagers des établissements à la commission des usagers du groupement. Cela contribue à une centralisation de la gouvernance vers l'établissement support. Certains GHT ont plus rarement unifié les commissions locales et territoriales des usagers. Cette instance a comme particularité d'être présidée par le président du comité stratégique. Seulement 8% des GHT ont institué un directeur adjoint afin d'équilibrer la gouvernance de cette instance.

On peut ainsi observer que le législateur a créé des instances spécifiques au GHT. Celles-ci permettent une concertation territoriale. Ces instances prouvent la vocation intégratrice du GHT. En effet, si le GHT avait eu seulement une logique de coopération, comme les autres outils déjà mis en place, le législateur n'aurait pas institué une telle gouvernance. Les établissements transfèrent alors leurs compétences au sein de ces instances.

En outre, l'établissement support semble y occuper une place privilégiée confirmant l'assimilation croissante du GHT à l'établissement support. Par ailleurs, Monsieur BATTESTI suggère l'élargissement des instances de l'établissement support aux établissements membres afin d'avoir une organisation hospitalière simplifiée[230]. On peut alors se demander si l'établissement support est encore aujourd'hui nécessaire.

SECTION II : LA REMISE EN CAUSE DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT ?

La doctrine a parfois conceptualisé la mise en place d'un établissement territorial de santé. L'établissement support ne serait alors plus utile. Il aura été le déclencheur d'une intégration croissante des établissements de santé afin de constituer une vision territoriale (I).

Cependant, cette idée semble remise en question face à la loi VALLETOUX. Celle-ci énonce les différentes possibilités offertes aux établissements de santé pour doter le GHT d'une personnalité juridique (II).

[229] KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

[230] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023, p92

I- Une doctrine précurseur

Différents auteurs ou rapports ont étudié la constitution d'un établissement territorial de santé (A) face à un GHT et à un établissement support jugés trop complexe (B).

A- La proposition de la mise en place d'un établissement de santé de territoire

Monsieur BATTESTI, dans sa thèse sur les GHT, préconise la mise en place d'un établissement de santé de territoire. Cette préconisation s'accompagne d'une refonte globale de la législation sanitaire et sociale. Pour Monsieur BATTESTI, l'intégration des établissements de santé est aujourd'hui beaucoup trop aboutie pour revenir en arrière. Il parle alors « *d'effet cliquet* »[231].

Cet établissement territorial de santé permettrait une gouvernance simplifiée tout en favorisant la subsidiarité et la représentation de l'ensemble des établissements de santé[232].

Cette éventualité n'est pas nouvelle. En effet, l'IGAS avait préconisé l'étude de la faisabilité d'un établissement territorial de santé. L'IGAS propose deux scénarios pour construire cette nouvelle entité : les processus de fusion ou la création d'une nouvelle catégorie d'établissement public. En outre, pour l'IGAS, cette étude est à mener au vu « du *chantier démesuré* » que constitue le processus de fusion[233].
Par ailleurs, l'IGAS souligne le choix du législateur, depuis 2016, de ne pas imposer la personnalité juridique aux différents GHT mais bien de laisser le choix aux établissements. La finalité reste pourtant identique pour l'IGAS : l'intégration des établissements.

L'IGAS relève cependant les nombreux inconvénients de cet établissement territorial de santé : l'excessif hospitalo-centrisme face à la nécessaire prise en compte des soins primaires et de l'accès aux soins[234]. En outre, le rôle modulable de l'établissement support constitue une richesse afin de s'adapter aux besoins du territoire[235].

---

[231] Ibid., p226
[232] Ibid., p312 à 330
[233] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p100
[234] Ibid.
[235] « *Ce dispositif, que j'ai inscrit dans la loi, conciliera la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales. Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire et le projet médical en sera le cœur* » - DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15

L'établissement territorial de santé a cependant le mérite de simplifier le dispositif actuel : un GHT sans personnalité juridique et un établissement support avec une place ambiguë.

B- L'établissement support : réussite ou échec ?

L'établissement support est le porteur de la vision territoriale. Il est le tiers juridique d'un nouvel outil : le GHT. Or, celui-ci favorise une double dynamique : l'intégration et la coopération. L'ambiguïté du GHT favorise l'ambiguïté du rôle de l'établissement support. Les GHT sont alors au centre d'une organisation imprécise. L'établissement support devient alors le porteur d'un budget commun, d'activités et de ressources humaines communes.

Face à ces nouvelles fonctions, celui-ci n'a nullement une voix prépondérante au sein de la gouvernance hospitalière. Il ne dispose que d'un rôle de chef de file. L'établissement support n'a également aucune légitimité supplémentaire. Le bon fonctionnement du GHT dépend alors de la taille et du poids de l'établissement support[236].

De plus, l'établissement support n'est pas doté de moyens supplémentaires afin de réaliser cette vision territoriale. L'IGAS avait, par ailleurs, relevée : « *Le rôle dévolu à l'établissement support suppose une capacité d'entrainement auprès des établissements parties. Ceci requiert de sa part une crédibilité faite de ressources en compétences et moyens, de capacité à élaborer, à déployer des projets communs à l'échelle du groupement et à soutenir les établissements du territoire.* »[237]. Or, ce rôle est plus ou moins joué par les établissements supports.
On peut alors relever que les CHU occupent une place progressivement centrale et déséquilibrée. Les CHU sont également établissement support dans 30 GHT. Ils sont alors responsables des missions de recherches et de formation en plus de celles des fonctions supports. Il apparait que le CHU intègre de nombreuses missions[238]. Ils demandent par ailleurs des intégrations toujours plus importantes.

points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p1

[236] BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023

[237] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p66

[238] COUR DES COMPTES, *Les Groupements Hospitaliers de Territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020, p57

Les établissements de santé se tournent alors vers des mécanismes de simplification : le GCS et la direction commune.

L'établissement support est doté d'un certain nombre de prérogatives et de compétences car le GHT constitue un outil de coopération fonctionnelle. En effet, le maintien de l'autonomie des établissements de santé favorise la coopération de ceux-ci. La personnalité morale paraît essentielle pour un établissement car elle permet d'avoir un patrimoine. La coopération des établissements de santé doit émerger d'une volonté commune[239]. Bien que la participation à un GHT soit imposé aux établissements publics de santé, ceux-ci organisent librement leur coopération au sein de la convention constitutive et du projet médical partagé. La place de l'établissement support y est également déterminée. Le GHT offre alors une souplesse aux établissements afin de répondre aux enjeux du territoire. Marisol TOURAINE rappelle cet enjeu : « *Ce dispositif, que j'ai inscrit dans la loi, conciliera la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales. Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire et le projet médical en sera le cœur* »[240].

Il apparaît que le rôle de chef de file détenu par l'établissement favorise la coopération des acteurs du territoire. Cependant, cette organisation reste complexe. La loi du 27 décembre 2023 propose un élément de simplification : doter le GHT d'une personnalité juridique.

I- Un GHT à la carte par la loi du 27 décembre 2023

Le législateur ne semble plus aujourd'hui embrasser la vision d'une intégration des établissements de santé au sein d'un établissement territorial de santé. Il laisse alors la possibilité aux établissements membres d'un GHT de fusionner. Cela induirait la disparition de l'établissement support (A).

Les GHT ont également la possibilité de constituer un GCS où l'établissement support garde un rôle marginal (B).

[239] KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020, p164

[240] DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016, p1

A- La fusion : la disparition de l'établissement support

La fusion semble difficilement envisageable pour un grand nombre de GHT.

Monsieur Jean-Pierre DEWITTE a étudié la faisabilité de cette fusion au sein d'un article publié dans les tribunes de la santé[241]. Pour ce directeur d'hôpital, la fusion est avantageuse pour les établissements car elle permet de construire une organisation commune à l'ensemble du territoire. La loi VALLETOUX du 27 décembre 2023 indique que les GHT peuvent être dotés de la personnalité morale grâce à une fusion[242].

La loi VALLETOUX renvoie à l'article L6147-1 du CSP. Il existe deux types de fusion: la création d'une nouvelle entité juridique ou le maintien de l'une d'elles. L'IGAS préconise la création d'une nouvelle entité juridique car l'ensemble des acteurs peuvent y trouver leur place[243]. Une fusion- absorption par l'établissement support pourrait renforcer la place de certains acteurs précédemment représentés au sein de celui-ci.

Dans tous les cas, la fusion entrainerait la disparition de l'établissement support et de son rôle.

En outre, la fusion reste fortement décriée par de nombreux acteurs. Premièrement, certains maires ne pourraient plus participer au conseil de surveillance. Or, les maires peuvent y exercer une réelle influence lors de la construction de la politique de soins du territoire. Deuxièmement, les directeurs sont peu enclins à perdre leurs prérogatives et la possibilité de diriger un établissement[244].

Troisièmement : les personnels médicaux sont parfois peu enclins à une fusion. Les personnels appartenant à l'établissement support sont déjà amenés à remplir un grand nombre de missions au profit des établissements membres. La fusion pourrait engendrer une participation à la permanence des soins dans les plus petits établissements.

La fusion semble aujourd'hui peu envisageable pour l'ensemble des GHT. Le GCS semble une solution plus accessible.

---

[241] DEWITTE Jean-Pierre, *Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ?* Dans Les Tribunes de la santé- Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 89 à 99, Éditions Global Média Santé

[242] LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels – Art L6132 – 5 – 2 CSP

[243] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p102

[244] DEWITTE Jean-Pierre, *Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ?* Dans Les Tribunes de la santé- Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 89 à 99, Éditions Global Média Santé

B- La mise en place d'un GCS : une place ambivalente de l'établissement support

A l'article L6132-5-2 du CSP, la loi VALLETOUX énonce que les établissements parties peuvent constituer un GCS. Cette alternative à l'établissement support maintient cette double dynamique : la coopération et l'intégration. En effet, à la place de l'établissement support, le GCS serait le porteur des fonctions transférées, déléguées et mises en commun définies à l'article L6132-3 du CSP.

L'établissement support est alors substitué par le GCS qui est doté de la personnalité juridique. Ce tiers juridique n'est alors plus utile. L'établissement support deviendrait un établissement partie du GHT.

Nonobstant, le rôle du directeur de l'établissement support est partiellement maintenu : il devient l'administrateur du GCS. L'originalité de la désignation législative du président du COSTRAT est maintenu au sein du conseil d'administration du GCS. Du fait de ce rôle, le directeur de l'établissement support garderait de nombreuses prérogatives. En effet, l'article R6133-29 du CSP prévoit que l'administrateur a le rôle d'exécutant des décisions de l'assemblée. Il représente également le GCS et est l'ordonnateur des dépenses.

Cette nouvelle disposition confirme la représentation forte du GHT par le directeur de l'établissement support.

Le législateur a également prévu que le vice-président du conseil d'administration serait le président de la CMG, confirmant la médicalisation de la gouvernance opérée par l'an II des GHT.

En plus des missions dévolues au GHT, les établissements membres pourront recourir aux possibilités offertes par le GCS aux articles L6133-1 et suivants du CSP. A titre d'exemple, le GCS peut détenir de autorisations sanitaires.

Le GCS est un outil permettant le maintien de la personnalité juridique des établissements parties. Il n'y aurait alors plus de différences opérées entre les différents établissements membres : l'établissement support et les établissements parties seront remis sur un pied d'égalité.

Ainsi le législateur maintient la souplesse offerte par le GHT : l'intégration et/ ou la coopération des établissements afin de permettre une véritable adaptation du projet médical aux problématiques territoriales.

Pour conclure, le GHT est un outil juridique complexe et malléable. L'établissement support a été créé afin de palier à l'absence de personnalité juridique du GHT. Toute comme le GHT, l'établissement support est une innovation juridique ambigüe. Celui-ci est assimilable à un chef de file. Il doit favoriser une coopération renforcée des établissements de santé afin d'avoir une prise en charge « *commune et graduée* » des patients. Ainsi, l'établissement support doit favoriser une centralisation de certaines activités tout en respectant le principe de subsidiarité.

La centralisation des activités se manifeste par les transferts d'activités énoncés à l'article L6132-3 du CSP. Ces cinq activités sont transférées à l'établissement support afin d'avoir des économies d'échelle, une meilleure expertise et de favoriser un travail commun.

Cependant, cette centralisation est variable selon les GHT. En effet, le législateur a laissé la possibilité aux établissements d'organiser ces transferts au sein de leur convention constitutive.

De plus, le législateur a également prévu la délégation et la mise en commun d'activités. Celles-ci sont décidées et définies librement par les établissements de santé. L'établissement support ne se distingue pas des établissements membres. Il peut être simplement le porteur d'une coopération.

On peut alors différencier trois catégories de GHT : celui où il existe une forte intégration sur l'établissement support, celui où l'établissement support est le simple porteur d'une coopération renforcée, et enfin celui où l'établissement support n'exerce que peu de missions.

L'établissement support n'est pas doté de pouvoir de sanction ou de contrôle. Ainsi, il est, certes, différencié d'un simple établissement partie, mais il ne dispose d'aucune autorité sur les autres établissements. Ceci constitue toute l'ambiguïté de l'établissement support : il exerce un rôle particulier mais il reste un établissement membre qui fait partie intégrante du GHT.

Le personnage emblématique du GHT et de l'établissement support reste le directeur de celui-ci. Il exerce un grand nombre de prérogatives pour l'ensemble du groupement. La loi de 2016 a favorisé une grande centralisation des pouvoirs et responsabilités sur le directeur de l'établissement support

Une réelle administration se développe autour du directeur de l'établissement support. En effet, des directions communes et des fusions sont opérées dans certains des GHT. Les pouvoirs sont alors d'autant plus portés par le directeur de l'établissement support.

On peut alors observer des GHT au « *milieu du gué* »[245] du fait de cette dynamique de centralisation encore incomplète.

Face à cela, le législateur a élaboré en 2016 une véritable gouvernance territoriale favorisant la participation et la coordination de l'ensemble des acteurs. Encore un fois, l'établissement support occupe une place ambigüe. Du fait que le GHT soit une coopération fonctionnelle, le directeur de l'établissement support est fortement représenté au sein des instances du groupement.

Face à cette ambiguïté, de nombreux auteurs suggèrent une véritable intégration au sein d'un établissement public de santé de territoire. Du fait de sa personnalité juridique, l'établissement support ne serait alors plus utile.

En outre, la loi VALLETOUX semble dessiner une nouvelle voie : une intégration laissée au choix des établissements de santé selon leurs besoins.

Ainsi, l'établissement support recouvre un grand nombre de réalités. Il est protéiforme face à un paysage de soins qui exige une certaine souplesse d'organisation afin de favoriser la meilleure prise en charge possible.

En effet, le paysage sanitaire semble aujourd'hui adapté à chaque territoire de santé. Ces territoires mettent en place diverses coopérations et infrastructures afin de répondre aux demandes de la population. En effet, le GHT s'inscrit dans un panel de coopérations : GCS, GIE, GIP etc. Le GHT est également implanté au sein d'un territoire où différents acteurs interagissent : la médecine de ville, les hôpitaux de proximité, les CPTS, les maisons de santé etc. Ainsi, l'établissement support est intégré aujourd'hui dans un paysage complexe de coopération.

[245] IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019, p5

SOURCES JURIDIQUES

CODES :

Code de la santé publique

Code de Justice Administrative

Code général des collectivités territoriales

Code général de la fonction publique

DISPOSITONS LEGISLATIVES

Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

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

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

Projet de loi n°1681 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé du 13 février 2019

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

JURISPRUDENCE

Conseil d'Etat 4 décembre 2013, Communauté urbaine Marseille Provence Métropole, n°349614

TC, 11 avril 2016, Centre hospitalier de Chambéry, C4044, Rec., RDSS 2016, Note PEIGN, P511

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

AMRI Karim, *GHT : Vers une nouvelle transformation en matière de gestion budgétaire et financière ?* Bordeaux, LEH Édition, 2022, coll. "Ouvrages généraux", p.235-260

BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien - *GHT et GRH Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, préface de Danielle Toupillie – collection Décideur Santé – LEH Editions- 2017

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, DUPONT Marc, *Droit hospitalier*, Edition : N°11, Collection : Cours, DALLOZ, janvier 2022

FILIPPI ISABELLE, CLEMENT CYRIL, DUWIME LEA, *Le mémento de droit hospitalier*, Bordeaux, LEH Édition, coll. "Ouvrages généraux", 2023

KELLER Catherine, MOQUET ANGER Marie-Laure, VILLENEUVE Pierre, *Le droit Hospitalier*, Collection : fondamentaux, Editeur : Presses de l'EHESP, 2021.

VIGNERON Emmanuel - COMMUNICATION *Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, nos 8-9, 1967-1979, séance du 4 décembre 2018

THESES

BATTESTI Michaël, Université Jean Monnet, Saint-Etienne : *Le groupements hospitaliers de territoire*, Thèse soutenue le 12 octobre 2023.

KELLER Catherine, THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1, *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière*, Thèse présentée et soutenue à Rennes le 18 septembre 2020

MEMOIRES :

BLANCHARD Valentin Sous la direction de Catherine KELLER, *Conséquences juridiques et organisationnelles du transfert de la fonction achat dans le cadre du groupement hospitalier de territoire,* Septembre 2018

BLANPAIN Laurent, DEJENNE Benjamin, GABBAY Mylène, LASCAR-GUILLAUME Clarisse, PERIER Floriane. *Coopérations au sein d'un GHT : bilan après 5 ans de création*. Ingénierie biomédicale. Dumas. 2022.

CHARLES Nicolas, *Les groupements hospitaliers de territoire : entre coopération et restructuration,* Université Lille 2 Droit et santé, faculté de sciences juridiques, politiques et sociales, Collection Mémoire numériques de la BNDS, LEH Édition, Promotion 2016-2017

CHESNAIS Gaëlle, Mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire L'illustration d'une démarche intégrative, Septembre 2019

ARTICLES DE REVUE :

AMRI Karim, *Le pilotage budgétaire des pôles en GHT* [Article] / in Finances hospitalières, n° 105, septembre 2016, pp.15-21

DAGORN Claude, GIORGI Dominique, MEUNIER Alain, *Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières,* Dans Les Tribunes de la santé, Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 77 à 87, Éditions Global Média Santé Global

DE LARD-HUCHET Brigitte, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, *Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions… Et presque autant de réponses !,* Gestions hospitalières, n°551, décembre 2015, pages 634-639

DELNATTE Jean-Claude, *Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier* [Article] / in Finances hospitalières, n° 159, juillet 2021, pp.10-13

DELNATTE Jean-Pierre, *Les règles budgétaires et comptables applicables aux GHT,* Finances hospitalières, décembre 2016, N°108, p13-17

DEWITTE Jean-Pierre, *Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ?* Dans Les Tribunes de la santé- Les Tribunes de la santé 2021/3 (N° 69)2021/3 (N° 69), pages 89 à 99, Éditions Global Média Santé

CAPPE Martine, CHARBONNEL Aude, « Mutualisation de la gestion des RH médicales », dans *Manager dans l'incertitude*, Gestions hospitalières Numéro 610 - Novembre 2021.

CHARBONNEL Aude, *Gestion des ressources humaines : Quelle place de l'établissement support du GHT ?* [Article] / in Revue hospitalière de France, n° 588, mai-juin 2019, pp.10-12

GAY Renaud, *La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux* (1970-2010), Dans Revue française d'administration publique pages 329 à 349, 2020/2 (N° 174)

HENAFF Quentin, *L'an II des GHT- Le choix d'une gouvernance plus partenariale*- Dossier « Ressources humaines » dans revue hospitalière de France- N°601 – Aout 2021.

KELLER Catherine, *L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée*, Revue générale de droit médical n°72, Septembre 2019.

KELLER Catherine ; ARANDEL Charles ; ASSIE Gaëtan ; CREPIN Angélique; PEINOT Maïna; ROBERT Magali, *À l'aube de l'an II des GHT : Focus sur le règlement intérieur* [Article] / in Gestions hospitalières, n° 608, août-septembre 2021, pp.405-412

LEONFORTE Sophie et BERNON Alice, *Organiser la fonction RH au sein d'un GHT Par où commencer ?* - Revue hospitalière de France -N°585- Novembre- décembre 2018.

PIERRE Philippe, *RESPONSABILITÉ (droit) - Vue d'ensemble* [en ligne]. In Encyclopædia Universalis [s.d.]

SAISON-DEMARS Johanne, *Modernisation du système de santé : une gouvernance hospitalière à géométrie variable*, RDSS 2016 p.633

TANGUY Hervé, GEY Martine et de LARD-HUCHET Brigitte, *GHT : et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?*, Gestions hospitalières, n° 562, janvier 2017.

RAPPORTS

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX, *GHT et GRH : les propositions de l'ADRHESS*, 6 mai 2016

ADRHESS- *30 propositions pour la modernisation et la simplification de la GRH hospitalière*- 2017

ANAP- *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT*- Novembre 2019

ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) - *GUIDE Coordination de la formation dans les GHT*, 2021

ASSEMBLÉE NATIONALE- RAPPORT D'INFORMATION PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PRÉSENTÉ PAR M. MARC DELATTE et PIERRE DHARRÉVILLE, RAPPORTS : N° 4814 - en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire – 15 décembre 2021

COUR DES COMPTES, *Les groupements hospitaliers de territoire* - Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020

COUR DES COMPTES**,** *Rapport d'observations définitives, Groupe Hospitalier du Havre* Exercices 2017 à 2021, date de communicabilité : 03.04.2024**,** Date d'envoi : 29.12.2023

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS), *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017*, Mai 2018

DGOS - *Guide opérationnel de valorisation de la performance achat Programme PHARE*- Juillet 2019

DGOS- Guide méthodologique : *Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT* – Juillet 2016

DGOS- GHT, Mode d'emploi, 15 points clés- vade-mecum : *Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, avril 2016

IGAS – Tome I - Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET- *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)* - Décembre 2019

IGAS – Tome 2 - Claude DAGORN, Dominique GIORGI, Alain MEUNIER - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales Avec la participation du Pr. Luc BARRET - *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*– Décembre 2019

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU- *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire* - Rapport intermédiaire - Mai 2015

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE - DGOS- *Guide méthodologique de la fonction achat des GHT*, 2017

LA COOPÉRATIVE des ACHETEURS HOSPITALIERS (UNIACHAT)- VADE-MECUM - *La répartition des compétences à l'intérieur de la fonction achats des GHT*- Décembre 2017

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, VADE VACUM, GHT mode d'emploi, 26 mai 2016.

RIST Stéphanie, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, 25 novembre 2020

DIVERS

Dictionnaire de l'Académie Française : Dictionnaire de l'Académie française (dictionnaire-academie.fr)
Dictionnaire Larousse : Dictionnaire de l'Académie française (dictionnaire-academie.fr)
Source Lexis 360 Intelligence - JurisClasseur Administratif - Encyclopédies - Fasc. 116-50 : COMPÉTENCES LOCALES. – Transferts, délégations, mutualisations, chef de file, concertation et contractualisation
Tout savoir sur le pouvoir adjudicateur (aoconquete.fr)
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE, Direction des affaires juridiques – Fiche technique – La mutualisation des achats – 01/04/2019
CNEH - *Mutualisation de la gestion des RH médicales : Quelle(s) stratégie(s) ?* – 03/12/2021 : Article - Mutualisation de la gestion des RH médicales: Quelle(s) stratégie(s) ? - CNEH
Hospitalia, Blanchisserie du CHU de Poitiers : un mastodonte innovant, 25 juin 2018.

Site internet du CHU de Grenoble : Blanchisserie - CHU Grenoble Alpes (chu-grenoble.fr)

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE ____ *VII*

TABLE DES ABREVIATIONS ____ *VIII*

PARTIE I : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VU COMME UN CHEF DE FILE ____ *11*

CHAPITRE I : UNE DYNAMIQUE D'INTEGRATION A TRAVERS LES TRANSFERTS D'ACTIVITES ? ____ **11**

SECTION I : LE TRANSFERT VARIABLE DES FONCTIONS A L'ETABLISSMENT SUPPORT ____ 12

I- La fonction achat : le rôle considérable de l'établissement support ____ 12

A- Un établissement support devenant le pouvoir adjudicateur du groupement ____ 13

B- Une mise en œuvre en demi-teinte ____ 15

II- Un transfert mesuré des autres fonctions ____ 16

A- L'informatique : la mutualisation inégale de deux activités : le système d'information hospitalier et le département de l'information médicale ____ 17

1- Le système d'information convergent : une organisation déterminée par les établissements de santé ____ 17

2- La mise en place obligatoire d'un DIM de territoire ____ 19

B- La formation : la recherche d'une coordination des établissements ____ 20

SECTION II : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES : L'AJOUT NEGLIGEABLE DE LA LOI DE 2019 ? ____ 21

I- Le rôle limité et général de l'établissement support ____ 21

A- Une version atténuée de l'ambition initiale ____ 22

B- Un rôle d'appui à la commission médicale de groupement ____ 23

II- Des établissements parties gardant la main ____ 24

A- Un transfert d'activité modulable ____ 24

B- Des pouvoirs restant propres aux établissements parties ____ 25

CHAPITRE II : LE CHOIX ENTRE UN PROJET FEDERATIF OU INTEGRATIF ____ **27**

SECTION I : UNE CENTRALISATION RELATIVE SUR L'ETABLISSEMENT SUPPORT DES ACTIVITES MEDICALES ____ 28

I- Un rôle de l'établissement support à définir au sein du projet médical partagé ____ 28

A- Le projet médical partagé : l'enjeu central du GHT et de l'établissement support 28

B- Des activités ou équipements communs : un rôle mesuré de l'établissement support 30
II- La place ambivalente de l'établissement support dans la gestion des équipes médicales de territoire 32
A- Le rôle variable de l'établissement support dans la mise en place d'une équipe médicale de territoire 32
B- Le rôle incertain de l'établissement support à travers les pôles inter-établissements 33
SECTION II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT SOUMIS AU GROUPEMENT 35
I- Les nombreuses autres fonctions déléguées de manière facultative : un pouvoir de coordination de l'établissement support 35
A- Les fonctions techniques, logistiques et administratives : une priorisation des solutions existantes 35
B- Une possible gestion des ressources humaines de territoire par l'établissement support : le respect du principe de subsidiarité 37
1- Une gestion en lien avec les fonctions supportées par l'établissement support 37
2- Une direction duale : globale et spécifique 38
II- Un domaine financier en lente évolution 40
A- Une interdépendance croissante des établissements 40
B- Une intégration choisie par les établissements 41
PARTIE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT REMIS EN QUESTION FACE A L'IMBROGLIO DE L'ORGANISATION DU GHT 43
CHAPITRE I : LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT : LE PORTEUR D'UNE VISION TERRITORIALE 44
SECTION I : LE ROLE EQUIVOQUE DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT 44
I- Un rôle du directeur en lien avec les fonctions supports ? 45
A- Un directeur de l'établissement support vu comme un président 45
B- Un président sans pouvoirs 47
II- Une centralisation modérée autour de l'établissement support 48
A- Une lente évolution vers des processus de fusion et de direction commune 48
B- Une réorganisation de l'administration à l'échelle territoriale 50
SECTION II : LE DIRECTEUR DE l'ETABLISSEMENT SUPPORT : LA FIGURE FORTE DU GHT 51
I- Un directeur avec un pouvoir en demi-teinte 51
A- Des prérogatives incertaines 51
B- Une autorité relative sur les autres établissements 53

II- Un accroissement de la responsabilité juridique du directeur de l'établissement support 54
A- La fonction achat : la plus significative 55
B- Un transfert de responsabilité multiple ? 56
CHAPITRE II : UN ETABLISSEMENT SUPPORT VOUE A DISPARAITRE ? 58
SECTION I : L'AMBIVALENCE DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT AU SEIN DE LA GOUVERNANCE 58
I- Un effacement des commissions propres aux établissements 59
A- Le COSTRAT : le directoire du groupement ? 59
B- Une unification des commissions médicales et des soins infirmiers 61
II- La dualité de l'établissement support 62
A- Une dynamique « centripète ou centrifuge » ? 63
B- Des instances territoriales non-associées à l'établissement support 64
SECTION II : LA REMISE EN CAUSE DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT ? 65
I- Une doctrine précurseur 66
A- La proposition de la mise en place d'un établissement de santé de territoire 66
B- L'établissement support : réussite ou échec ? 67
II- Un GHT à la carte par la loi du 27 décembre 2023 68
A- La fusion : la disparition de l'établissement support 69
B- La mise en place d'un GCS : une place ambivalente de l'établissement support 70
SOURCES JURIDIQUES 73
BIBLIOGRAPHIE 75
TABLE DES MATIERES 81
RESUME 84

RESUME

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 a créé le Groupement Hospitalier de Territoire. Cet outil de coopération fonctionnelle s'appuie sur un établissement support désigné par les établissements parties de ce groupement.

Cet établissement peut être assimilé à un chef de file. Ce chef de file a un rôle ambigu et variable. Son rôle est déterminé par le législateur. Cependant, les établissements parties peuvent adapter ce rôle au sein de la convention constitutive. Ainsi, l'établissement support recouvre un grand nombre de réalités. Il est protéiforme face à un paysage de soins qui exige une certaine souplesse d'organisation afin de favoriser la meilleure prise en charge possible. On peut observer une double dynamique au sein des Groupements : la coopération et l'intégration.

Ce modèle est cependant remis en question. En effet, de nombreux travaux suggèrent une plus grande centralisation des activités et de la gouvernance sur l'établissement support. La loi VALLETOUX du 27 décembre 2023 innove en envisageant une évolution du GHT.

Mots- clés : Etablissement support, Groupement Hospitalier de Territoire, Coopération, intégration, chef de file.

Law No. 2016-41 of January 26, 2016 created the Territorial Hospital Group. This functional cooperation tool relies on a support institution designated by the institutions that are part of this group. This institution can be considered as a leader. This leader has an ambiguous and variable role.

Similarly, the role of the support institution is defined by the lawmaker. However, the member institutions can adapt this role within the constitutive agreement. Thus, the support institution covers a large number of realities. It is protean in the face of a healthcare landscape that requires a certain organizational flexibility in order to promote the best possible care. A dual dynamic can be observed within the Groups: cooperation and integration.

However, this model is being called into question. Indeed, many studies suggest greater centralization of activities and governance on the support establishment. The VALLETOUX law of December 27, 2023 innovates by considering an evolution of the GHT.

Key Words: Support establishment, Territorial Hospital Group, Cooperation, integration, leader.