



EHESP

Filière directeur d'hôpital

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

Restructurations hospitalières : des coopérations à la fusion

Quelles évaluations des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance

Danil TAHORA

L a crise consiste justement dans le fait que l'ancien meurt et que le nouveau ne peut pas naître : pendant cet interrègne on observe les phénomènes morbides les plus variés (Antonio Gramsci – Cahiers de prison – 1893)

Remerciements

Je tiens en premier lieu à adresser mes plus sincères, chaleureux et profonds remerciements à Madame Dominique Radureau qui fût ma maître de stage ainsi que la référente de ce mémoire. Elle s'acquitta de ces tâches avec disponibilité, bienveillance et patience.

Je remercie ensuite l'ensemble de l'équipe de direction du groupement hospitalier de territoire Rance Émeraude auprès de laquelle j'ai tant appris au cours de ce stage. Je souhaite également témoigner ma plus grande gratitude envers l'ensemble des professionnels des établissements pour leur accompagnement.

Notre formation ne serait pas aussi enrichissante et professionnalisante sans le dévouement et l'investissement de l'École des Hautes Études en santé Publique. Alain Mourier œuvre chaque jour afin que nous bénéficions de la meilleure formation possible. J'adresse également tous mes remerciements aux assistantes de formation de la filière directeur d'hôpital, Isabelle Houze et Isabelle Daubus qui par leur sourire et leur bonne humeur égayent notre quotidien.

Pour conclure je souhaite témoigner toute ma gratitude et ma reconnaissance à ceux qui m'ont aidé, soutenu et motivé au cours de ma vie professionnelle, de la préparation des différents concours ainsi que pendant les périodes de formations.

Sommaire

Introduction	1
1 Certaines limites des coopérations interhospitalières ont contribué à l'augmentation du nombre de fusions entre établissements publics de santé. L'évaluation de leurs avantages-inconvénients et bénéfices-coûts respectifs restent lacunaires	5
A) Les établissements publics de santé ont l'obligation de s'inscrire dans une démarche de coopération à travers l'adhésion obligatoire à un Groupement Hospitalier de Territoire. La fusion devient un recours de plus en plus utilisé car il permet une intégration plus aboutie entre établissements	5
B) L'évaluation des impacts financiers, de gouvernance et de pertinence et de qualité de l'offre de soins des restructurations hospitalières reste largement lacunaire aujourd'hui en France	20
2 La définition, l'objectivation et la formalisation de l'évaluation des coopérations interhospitalières serait l'opportunité d'optimiser l'efficience des établissements de santé	26
A) L'évaluation des impacts des restructurations hospitalières sur les finances, l'offre de soins et la gouvernance des établissements publics de santé est une demande de plus en plus forte au sein de la fonction publique hospitalière	26
B) Propositions pour la définition, l'objectivation et la formalisation de l'évaluation des impacts des restructurations hospitalières	31
Conclusion	37
Bibliographie	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé
CdC : Cour des comptes
CE : Conseil d'État
CHT : communauté hospitalière de territoire
ES : établissement de santé
EPS : établissement public de santé
FMIH : fédération médicale interhospitalière
GCS : groupement de coopération sanitaire
GIE : groupement d'intérêt économique
GHT : groupement hospitalier de territoire
HPST : hôpital, patient, santé et territoire
IGAS : Inspection des affaires sociale
LF : Loi de finances
LFSS : Loi de finances de Sécurité sociale
ONDAM : objectif national d'assurance maladie
PMP : projet médical partagé
PMSP : projet médico-soignant partagé
SMPS : Syndicat des managers publics de santé

Introduction

Dans une note parue en février 2013, le Conseil d'Analyse Économique affirme que : « *l'évaluation des politiques publiques est un exercice difficile techniquement et institutionnellement* »¹. Constituant à rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus d'une politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés, cette procédure d'évaluation est cependant affectée par une faiblesse et des aléas, ainsi que des débuts difficiles².

Les politiques publiques relatives au domaine sanitaire n'échappent pas à ces carences et ces insuffisances. En effet, bien que la loi n°2011-940 du 10 août 2011 dispose dans son article 17 que le gouvernement remet au Parlement chaque année un rapport sur les « efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition hospitalière », force est de constater que sa publication est irrégulière (pas de publication en 2015 et 2016), que son contenu est sommaire et qu'il ne fait mention d'aucune évaluation³.

L'actualité récente démontre pourtant explicitement que cette demande de suivi et d'évaluation émane des corps de direction de la fonction publique hospitalière et notamment de leurs organisations syndicales. Le syndicat des managers publics de santé (SPMS) souligne : « *qu'il faut évaluer à la fois la structuration des GHT et les actions menées au bénéfice soit d'une meilleure desserte de la population, soit d'une efficience attendue*. En cela, la mise en place accélérée de directions communes apparaît aux yeux des pouvoirs publics comme un indicateur de bonne santé coopérative. **Or, il n'y a à ce jour aucune méthode proposée pour cette évaluation.** Ce devrait pourtant être un axe essentiel du chantier de transformation du système de santé. Cette accélération des rapprochements institutionnels doit aussi être évaluée à l'aune de l'impact sur l'action et les conditions d'exercice des directeurs et de leurs équipes⁴ ».

En introduction de son rapport annuel 2016, le Conseil d'État (CE) par l'intermédiaire de son vice-président, Jean-Marc Sauvé, reprenait à son compte une maxime de René Descartes en affirmant que : « *Ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est*

¹ Conseil d'Analyse Économique, Évaluation des politiques publiques, les notes du Conseil d'Analyse Économique, n°1, février 2013, p. 1

² Séminaire portant les méthodes d'évaluation des politiques publiques, sous la direction de Nicolas Studer

³ Direction générale de l'offre de soins, Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014

⁴ Communiqué du syndicat des managers publics de santé, CAPN des directeurs d'hôpital : Où va donc notre métier ? 3 mai 2018

l'appliquer bien. Les plus grandes âmes sont capables des plus grands vices, aussi bien que des plus grandes vertus et ceux qui ne marchent que fort lentement peuvent avancer beaucoup davantage, s'ils suivent toujours le droit chemin, que ne font ceux qui courent, et qui s'en éloignent⁵ ». Le vice-président du Conseil d'État, à travers cette citation, met en exergue le cartésianisme de notre activité normative, qui entretient la passion, bien française, du perfectionnisme juridique et de la complétude de la loi, qui cultive le goût de la complexité pour elle-même et qui tend à produire des normes parfaites, mais inopérantes. In fine, le Conseil d'État déplore dans l'ensemble de ce rapport annuel : « un bilan décevant de nos outils législatifs et de leur application au service de la simplification et de la qualité du droit⁶ ». Le principe posé par Montesquieu, selon lequel « il ne faut toucher aux lois qu'avec une main tremblante » est donc loin d'être une réalité en France aujourd'hui.

La logorrhée législative⁷, conséquence de l'abondance et de la complexité de la production législative, provoque ainsi une difficulté d'évaluation des politiques publiques, difficulté à laquelle le monde hospitalier est directement confronté actuellement.

Dans le contexte économique, financier et budgétaire actuel, l'évaluation des dispositifs de restructurations hospitalières, c'est-à-dire des coopérations et des fusions interhospitalières devrait pourtant faire d'une attention et d'une étude particulièrement soutenues et détaillées, eu égard à l'importance des dépenses consacrées à ces établissements ainsi qu'à leur importance sociale et leur caractère littéralement vital.

La Cour des Comptes (CdC), chargée d'assister le Parlement et le Gouvernement pour vérifier la bonne exécution des lois de finances (LF) et des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) déplore « *la persistance et l'ampleur de ces déficits, l'anomalie même qu'ils constituent et que n'accepte durablement aucun des pays comparables au nôtre, devraient faire du rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux un enjeu crucial dans l'effort de redressement des comptes publics auquel l'ensemble des administrations est appelé à concourir⁸ »*. Ce constat s'exprime avec une acuité particulière concernant les dépenses relatives aux administrations de Sécurité sociale qui représentent 575 milliards d'euros de dépenses annuelles soit 45,7% de la dépense publique totale (cette dernière

⁵ Conseil d'État, Étude annuelle 2016, Simplification et qualité du droit, étude adoptée par l'assemblée générale du Conseil d'État le 13 juillet 2016, Avant-propos de Jean-Marc Sauvé, vice-président du Conseil d'État, p. 9

⁶ Ibid.

⁷ Conseil d'État, Étude annuelle 1991, De la sécurité juridique – mais aussi – Conseil d'État, Étude annuelle 2006, Sécurité juridique et complexité du droit

⁸ Cour des comptes, La Sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2015, introduction générale, p. 15

représente 1257 milliards d'euros annuels soit 56.4% du produit intérieur brut, l'un des ratios les plus élevés au monde). Les dépenses des établissements de santé (ES), et donc celles des établissements publics de santé (EPS) sont incluses dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui s'élèvent à 80 milliards d'euros en 2017.

Les modalités de prise en charge et d'accompagnement sont en évolutions constantes : généralisation des prises en soins ambulatoires qu'elles soient médicales ou chirurgicales⁹, émergence de l'hospitalisation à domicile¹⁰, réduction de la durée moyenne de séjour induite par la mise en œuvre de procédures de réhabilitation précoce, décès survenant en majorité au sein des centres hospitaliers¹¹... L'enjeu des modalités de coopérations entre établissements publics de santé n'est donc pas seulement financier mais est également un levier d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et d'adaptation des plateaux techniques et des ressources humaines aux dernières avancées et découvertes de la science et de l'art médical.

Les avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance sont ainsi totalement inconnus du fait de l'absence d'évaluations formelles et objectives. Le présent mémoire est la réflexion (modeste) d'un élève directeur d'hôpital sur la réalité et l'ampleur de ces impacts et sur cette absence d'évaluation.

Ainsi, les coopérations interhospitalières sont à présent généralisées depuis l'adhésion obligatoire à un groupement hospitalier de territoire pour tous les établissements publics de santé. L'absence de personnalité juridique de ce dispositif incite un nombre croissant d'hôpitaux publics à s'inscrire dans une démarche de fusion interhospitalière. Ces deux dispositifs de restructurations hospitalières ne font l'objet d'aucune évaluation quant à leurs avantages-inconvénients et bénéfices-coûts respectifs (1). Cette demande est une revendication de plus en plus forte des acteurs de la fonction publique hospitalière que les propositions suivantes tendent à faciliter et impulser (2)

⁹ Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Thierry Bert, Pierre Hausswalt, Morgane Weill, Christine d'Autume, Stéphane Dupays, Julie Perlberg, juillet 2014

¹⁰ Inspection générale des affaires sociales, Hospitalisation à domicile, Nicolas Durand, Christophe Lannelongue, Patrice Legrand, Dr Vincent Marsala, novembre 2010

¹¹ Inspection générale des affaires sociales, La mort à l'hôpital, Françoise Lalande, Olivier Veber, novembre 2009

1 Certaines limites des coopérations interhospitalières ont contribué à l'augmentation du nombre de fusions entre établissements publics de santé. L'évaluation de leurs bénéfices et de leurs coûts respectifs restent lacunaires

Longtemps restées facultatives, les coopérations interhospitalières constituent à présent une obligation légale à travers l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire. Au-delà de la coopération, le recours aux fusions entre établissements publics de santé est désormais en nette augmentation (A). Cependant l'évaluation des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance de ces restructurations hospitalières est actuellement largement lacunaire et perfectible (B)

A) Les établissements publics de santé ont l'obligation de s'inscrire dans une démarche de coopération à travers l'adhésion obligatoire à un groupement hospitalier de territoire. La fusion devient un recours de plus en plus utilisé car il permet une intégration plus aboutie entre établissements

L'amélioration de la performance des directions fonctionnelles des établissements publics de santé et l'optimisation de l'offre de soins au sein des territoires de santé sont les objectifs des coopérations interhospitalières (a) rendus obligatoires par l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire (b). Toutefois la nécessité de disposer d'une personnalité morale et la volonté de s'inscrire dans une démarche plus intégrative aboutissent à l'augmentation du nombre de fusions interhospitalières au cours des dernières années (c).

a) Les coopérations interhospitalières répondent à des objectifs d'amélioration des performances des directions fonctionnelles et de pertinence de l'offre de soins

- *Des apports et des gains pour les directions fonctionnelles et les fonctions supports*

« Processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune, y concourent »
selon le dictionnaire Larousse, la coopération s'entend à la fois sur le volet des échanges des idées et sur celui des échanges matériels, notamment dans le cadre d'entente économique, technique ou financière. Elle a aussi une conception entrepreneuriale dès lors

Danil TAHORA – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2017-2018 - 5 -

qu'elle est considérée comme une méthode d'action par laquelle des individus ou des groupes d'individus ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de tous sont égaux et où le profit réalisé est réparti entre les seuls associés au prorata de leur participation à l'activité sociétaire¹².

La généralisation des coopérations interhospitalières est aujourd'hui l'un des objectifs essentiels des pouvoirs publics en matière de réformes hospitalières et médicosociales¹³. En effet, elles contribuent à l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé, notamment à travers la mutualisation des ressources qu'elles soient humaines (personnels médicaux : médecins radiologues), ou matériels (équipements lourds : appareil d'imagerie à résonance magnétique).

Les questions d'organisation et de soutenabilité des systèmes de santé justifient la recherche d'efficacité qui est la relation entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus. Cette notion se différencie de l'efficacités qui est la relation entre les résultats obtenus et les objectifs fixés, ainsi que la rentabilité qui analyse l'obtention des revenus comparativement aux capitaux investis.

Concernant l'organisation des fonctions supports ou des directions fonctionnelles, la coopération se conçoit également comme une synergie qui permet la mise en commun de compétences et expertises : certains établissements peuvent par exemple bénéficier d'une fonction de contrôle de gestion dans ce cadre et dans ce contexte-là. De surcroît, la possibilité d'accéder à des compétences et des connaissances juridiques dans les domaines de la passation des marchés publics ou des investissements est une opportunité potentiellement offerte à ces établissements. Enfin, le rapprochement d'établissement de santé contribue à l'atteinte d'une taille critique suffisante pour la réalisation d'achats hospitaliers et d'investissements (économie d'échelle et effet volume) qui seraient irréalisables en dehors de ce contexte.

Un levier d'optimisation de l'offre de soins au sein d'un territoire

Les motivations économiques ne doivent pas occulter les opportunités d'amélioration du service rendu aux usagers. En effet, de par le décloisement entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et la médecine mais aussi à travers la fluidification du parcours de soins du patient (limitation des ruptures thérapeutiques et amélioration de l'adhésion aux soins, partage d'information entre les professionnels de santé), la coopération interhospitalière se

¹² Guide méthodologique des coopérations territoriales, ANAP, Page 5

¹³ Les coopérations en santé, Bruno Gallet, Presse de l'EHESP, Page 10

révèle un levier garant de la conservation, de l'amélioration et de l'optimisation de l'offre de soins au sein d'un territoire de santé.

- *Les coopérations interhospitalières revêtent des formes anciennes et multiples*

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (dite loi « Boulin ») a consacré législativement la première forme de coopération entre hôpitaux publics : le Syndicat Interhospitalier (SIH). Il avait vocation à permettre la mise en commun de ressources et des compétences pour répondre à des objectifs précis : la création et la gestion de services communs, la formation et le perfectionnement de personnel.

Progressivement, la nécessité de poursuivre la démarche de rapprochement et de coopération entre établissements de santé deviendra de plus en plus patente et aboutira à la création de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Leur finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements et la complémentarité entre acteurs de santé. Les établissements publics de santé concluent une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions

La mutualisation et la mise en commun des compétences ainsi que la rationalisation et l'optimisation de l'offre de soins sont donc les objectifs et les finalités des coopérations interhospitalières que traduisent ces premières et différentes formes juridiques.

- *Le bilan des coopérations interhospitalière est mitigé*

Le bilan des coopérations en santé est considéré comme étant insatisfaisant¹⁴ et décevant¹⁵. Aussi, « *les opérations de restructurations hospitalières restent peu nombreuses et laborieuses et se heurtent à de nombreux obstacles. Parmi, ceux-ci figurent notamment les réticences, souvent amplifiées par les communautés médicales et hospitalières elles-mêmes, les populations et les élus, à accepter les fermetures de services, malgré des niveaux d'activité insuffisants, susceptibles d'affecter la sécurité des interventions de santé, ou encore les contraintes liées à la démographie médicale qui touchent particulièrement la chirurgie et l'anesthésie-réanimation. Ce contexte est aggravé*

¹⁴ Les coopérations en santé, Bruno Gallet, Presse de l'EHESP, Page 21

¹⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, chapitre VIII : les restructurations hospitalières, Page 305 à 351

par un processus de décision défaillant des établissements, comme des tutelles, qui se traduit par des retards, des hésitations voire des choix contestables qui peuvent se révéler inadaptés lorsqu'ils débouchent sur des réalisations concrètes¹⁶ ». Mais ce constat est probablement plus nuancé selon la nature des activités envisagées, en effet, l'inspection générale des affaires sociales affirme que : « si le mouvement de restructuration paraît quasiment achevé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Cependant, eu égard aux évolutions démographiques, sociétales, culturelles, économiques et sanitaires les processus de restructurations interhospitalières ne peuvent jamais être considérés comme définitivement achevés : la baisse de la natalité et donc du nombre d'accouchements rend l'équilibre économique mais aussi la sécurité de certains maternités précaires. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des établissements publics de santé ; dans certains cas, c'est leur existence même qui est remise en cause¹⁷ ».

A titre d'exemple, la CHT est une modalité de coopération dont seule une minorité d'établissements publics de santé s'est saisie¹⁸ : au 31 décembre 2014, 250 établissements publics de santé étaient effectivement membres d'une CHT créée soit 27% des établissements de santé. Ainsi, « les établissements de santé n'étant impliqués dans aucune CHT restent très largement majoritaires cinq ans après la création des communautés hospitalières de territoire par la loi HPST. Cette faible attractivité de l'outil interroge quant à son caractère facultatif¹⁹ ». Le bilan qualitatif de ces restructurations est également mitigé puisque : « la coopération dans le secteur de la santé est peu utilisée sur le cœur d'activité des établissements qu'est le soin. Par conséquent, la coopération, telle qu'exploitée par les acteurs de terrain, est peu génératrice de restructurations en la matière. On constate que la coopération est surtout utilisée pour les fonctions supports, afin de mutualiser des fonctions logistiques ou des équipements techniques. Elle est alors un outil de mutualisation des investissements onéreux et d'optimisation dans l'utilisation des équipements liée à l'atteinte d'un effet volume ou de seuils d'activité

¹⁶ Cour des comptes, Rapport public annuel 2013, chapitre 2 : les restructurations hospitalières, trois illustrations des difficultés rencontrées, Page 151 à 186

¹⁷ Inspection générale des affaires sociales, Fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012

¹⁸ Direction Générale de l'Offre de Soins, Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014, Page 29

¹⁹ Direction Générale de l'Offre de Soins, Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014, Page 30

- *L'appropriation précoce des dispositifs de coopération interhospitalière n'est pas gage de leur usage plénier : l'exemple éloquent de la Communauté Hospitalière de Territoire Rance Émeraude*

Si le nombre de CHT constitué est faible, la coopération entre les établissements publics de santé du territoire n°6 breton peut être considérée instinctivement comme innovant. En effet, la CHT Rance Émeraude, réunissant les hôpitaux de Saint-Malo, Dinan et Cancale a été l'une des premières créées en France en 2010 après avoir été préfiguratrice en 2009. Ce territoire de santé se caractérise par sa faible population (250000 habitants soit 8% de la population bretonne) qui est comparativement plus âgée que la moyenne régionale et nationale. De par sa géographie côtière et excentrée par rapport au reste du territoire, la CHT dispose de faibles capacités d'extension. La proximité de Centre Hospitalier Universitaire de Rennes constitue une contrainte supplémentaire susceptible d'engendrer un taux de fuite important de patients, tout comme l'existence d'une concurrence forte avec des établissements de santé privés (clinique de la Côte d'Émeraude de Saint-Malo, Centre Hospitalier privé Saint-Grégoire appartenant au groupe Vivalto n°1 des établissements privés en France).

L'appropriation des différents leviers de coopérations au sein de ce territoire ne doit cependant pas masquer que la synergie entre les établissements reste limitée et que finalement si les outils de coopération importent, **seule leur appropriation par leurs acteurs de terrain les rendent opérants et efficaces** : « *Malgré le fait de remplir presque l'ensemble des prescriptions prévues par le projet de loi, la CHT Rance Émeraude peine à créer des filières public-public et des coopérations durables. Un cadre de coopération, en apparence très intégrée, masque des difficultés d'intégration, en particulier entre le CH de Saint-Malo et le pôle public-privé de Dinan²⁰* ».

Outre, la communauté hospitalière de territoire, les Centres Hospitaliers ont mis en place une direction commune depuis 2010 : sa souplesse de mise en œuvre et la préservation de l'autonomie juridique des établissements permet d'optimiser la gouvernance des établissements et de fluidifier les directions par l'instauration d'une transversalité entre établissements : directeur des travaux et des opérations immobilières, direction du système d'informations, direction des achats, services économiques, logistiques, direction des instituts de formation en soins infirmiers). La présence d'un directeur général pour les trois centres hospitaliers permet de faciliter et d'unifier la prise de décision. Cependant,

²⁰ Du temps médical partagé à la constitution d'équipes territoriales : enjeux et limites – Cas de la CHT Rance Émeraude, Estelle Cossec, mémoire réalisé dans le cadre de la formation de directeur d'hôpital 2014-2016

l'existence des directions de site pour chaque établissement limite la portée de la direction commune et notamment la présence d'un seul chef d'établissement. En effet, la communication et la circulation de l'informations se font souvent plus difficilement lorsque le nombre de strates décisionnelles est multiplié. De plus, les différents acteurs s'adressent préférentiellement au directeur de site plutôt qu'un directeur général, ce qui peut favoriser la bunkerisation et la balkanisation entre les différents établissements et rendre certes, existante, la notion de direction commune mais la vider de toutes portées réelles et concrètes.

Au-delà de ce territoire de santé, l'instauration de direction commune tend à se généraliser au sein des établissements publics de santé. En effet, 310 hôpitaux sont régis par ce mode de gouvernance qui a significativement augmenté au cours des dernières années : +78% d'évolution au cours de la période 2014/2017.

La CHT Rance Émeraude a usé d'autres modalités de coopération afin d'améliorer son fonctionnement et son efficience : des fédérations médicales interhospitalières afin de favoriser la coopération médicale et la création de filières entre ces établissements, des GCS et des GIE afin d'optimiser l'utilisation de plateaux techniques et de lutter contre certaines pénuries médicales (GCS d'imagerie médicale).

Aussi bien au niveau national que territorial, l'adhésion et la mise en œuvre effective, pertinente et efficiente des modalités de coopération interhospitalière se sont avérés insuffisantes et limitées²¹. L'adhésion obligatoire à un groupement hospitalier de territoire dont le projet médical partagé constitue la pierre angulaire²² a pour finalités de surmonter ces limites et ces échecs.

b) Le Groupement Hospitalier de Territoire est une modalité de coopération interhospitalière qui constitue une inflexion majeure car il est obligatoire

Dans le contexte actuel de fortes contraintes budgétaires, de pénuries de certaines ressources humaines médicales (praticiens radiologues, urgentistes et anesthésistes notamment), de concurrence exacerbée plus que de coopérations entre établissements de santé (y compris publics) et de cloisonnement entre les différents secteurs sanitaires et

²¹ Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015, Page 11

²² Groupement Hospitalier de Territoire – Mode d'emploi, 15 points clés, Édito, Marisol Touraine, Page 1

sociaux, donner un second souffle aux coopérations interhospitalières est une impérieuse nécessité pour les pouvoirs publics.

- *Le Groupement Hospitalier de territoire a vocation à permettre le déploiement d'une offre territoriale de soins optimale et d'améliorer l'efficience des établissements publics de santé*

Les GHT ont été conçus afin de permettre la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient et dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dispose que chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT (annexe 1 et 2). La volonté de n'exclure aucun territoire, aucun établissement impliquait de les rendre obligatoire à défaut de quoi « *des trous auraient été laissés dans la raquette*²³ ». L'obligation d'adhésion à un GHT constitue donc une inflexion majeure des politiques de coopération interhospitalière qui témoigne d'une volonté des pouvoirs publics d'inscrire chaque établissement public de santé dans cette démarche.

Les établissements parties doivent élaborer un projet médical et un projet soignant partagé au sein desquels sont explicités les filières de prise en charge. La filière est définie comme l'organisation de l'ensemble des activités soit par spécialité médicale : cardiologie, par populations : personnes âgées, par pathologies : AVC ou par organisations : urgences, soins critiques, réanimation. Elles font l'objet d'une gradation des soins : proximité, recours et référence. Chaque GHT a identifié et mis en place 3,6 filières de soins et 6,5 objectifs médicaux en moyenne au sein de son projet médical et soignant partagé²⁴.

Les fonctions supports sont également impactées par la mise en œuvre des GHT : certaines fonctions jusque-là gérées et assurées de manière autonome par chaque établissement sont à présent dévolues à l'établissement support, et ce de manière obligatoire. Il s'agit des quatre fonctions suivantes : le système d'information hospitalier, de département d'information médicale, la fonction achat et la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue et de développement professionnel continu. L'établissement support « assure pour le compte » des établissements susvisés, ce qui signifie que l'établissement support assure le pilotage de ces fonctions. Il ne s'agit donc pas d'un transfert (ce qui implique que la responsabilité légale de l'exécution de la fonction n'échoit pas à l'établissement support).

²³ Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015, Page 15

²⁴ GHT : enjeux pour le métier de DH, Clémence Mainpin, Intervention du 01/02/2017 à l'EHESP

L'organisation commune de l'imagerie diagnostique et interventionnelle, la biologie médicale et la pharmacie est également imposée par la loi du 26 janvier 2016. Il est intéressant de constater que ces activités sont transverses et concourent à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des patients et qu'elles sont omniprésentes dans l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales (il est inenvisageable d'imaginer un établissement public de santé sans service d'imagerie médicale aujourd'hui). L'organisation commune de ces plateaux techniques a pour but de permettre de renforcer l'offre de soins, d'améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur et d'optimiser l'efficacité des hôpitaux publics. La mutualisation d'autres fonctions restent facultativement possible (l'exemple de la direction de la qualité est notable de ce point de vue).

La définition et l'application de modalités inclusives et participatives de pilotage du groupement sont essentielles afin de favoriser l'appropriation de cette coopération par les différents intervenants. Il est impensable que les GHT donnent leur pleine mesure sans cela. La loi de modernisation de notre système de santé prévoit ainsi la création d'instances déployées au niveau du groupement afin de s'inscrire dans cette démarche : le comité stratégique, le collège médical ou la commission médicale de groupement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques de groupement, le comité ou commission des usagers de groupement, la conférence territoriale de dialogue social et le comité territorial des élus.

- *Les Groupements Hospitaliers de Territoire n'ont pas encore donné les résultats escomptés et ne le pourront qu'au prix de leur pleine et entière appropriation par les différents acteurs et intervenants des établissements publics de santé*

L'évaluation objective et concrète des avancées permises par les GHT est complexe et difficile aujourd'hui : la conclusion des conventions constitutives faite depuis le 1^{er} juillet 2016 au tard et l'adoption des projets médicaux-partagés au 1^{er} juillet 2017 au plus tard rendent cette évaluation complexe et prématurée. Ces outils sont profondément restructurants et impliquent un changement de paradigme, aussi bien concernant le pilotage stratégique qu'opérationnel des établissements publics de santé. Toujours est-il que le GHT a vocation à réorganiser durablement et de manière sans doute peu réversible la gouvernance des établissements, les modalités de prise en charge des patients ainsi que l'organisation des pans entiers de fonctions et directions supports.

L'on constate cependant que les Groupements Hospitalier de Territoire sont hétérogènes : le nombre d'établissements et le budget de chaque groupement varient considérablement.

25% des GHT ont un nombre d'établissements soit inférieur à quatre soit supérieur à huit tandis que 50% comporte entre quatre et huit établissements (la présence ou non d'un Centre Hospitalier Universitaire semble grandement influencer sur le nombre d'établissements partie). Environ deux tiers ont un budget inférieur à 400 millions d'euros et un tiers supérieur à ce montant²⁵.

Ces variabilités procèdent d'une volonté politique car les GHT ont été conçus pour s'adapter à la situation singulière de chaque territoire et à l'historique de chaque communauté hospitalière. Définir de manière trop rigide ou contrainte la taille ou le périmètre de chaque groupement c'était « *courir le risque de bloquer les situations sur le terrain ou d'aboutir à des AP régionales*²⁶ ». La latitude et la souplesse dont font preuve les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé semblent varier selon les régions mais il semble, au vu de certains cas relayés et médiatisés, que la volonté de contraindre les établissements réticents progresse. Le cas du directeur de l'établissement public de santé mentale de la Sarthe, placé « à l'insu de son plein gré » en position de recherche d'affectation suite à l'initiative de l'Agence Régionale Pays de la Loire en témoigne²⁷.

La coopération ne doit pas être perçue comme une perte d'identité pour certains établissements ni comme une absorption par l'établissement support mais comme un renforcement mutuel et réciproque. La solidarité et la dépendance sont les lots indissociables et inévitables de toute coopération²⁸. Le rapport intermédiaire de la mission GHT cite d'un Président de conseil de surveillance les propos suivants : « *Le groupe est toujours plus fort que le plus fort du groupe*²⁹ ».

Doter les GHT de la personnalité morale n'a pas été l'option retenue car l'expérience a montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. Au-delà du débat et du choix portant sur l'efficacité et l'opérationnalité, permettre aux GHT de disposer d'une personnalité morale eut sans doute été un choix qui aurait suscité une réticence voire une opposition forte des agents, des organisations syndicales, des communautés médicales, des présidents de conseil de surveillance ainsi que des usagers. Cette absence est toutefois possiblement source de difficultés :

²⁵ GHT : enjeux pour le métier de DH, Clémence Mainpin, Intervention du 01/02/2017 à l'EHESP

²⁶ Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015, Page 19

²⁷ La CME de l'EPSM de la Sarthe juge « scandaleux » le départ du directeur, article paru le 06/07/2018 sur le site Hospimédia

²⁸ Du temps médical partagé à la constitution d'équipes territoriales : enjeux et limites – Cas de la CHT Rance Émeraude, Estelle Cossec, mémoire réalisé dans le cadre de la formation de directeur d'hôpital 2014-2016, Page 5

²⁹ Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015, Page 13

multiplication des instances chronophages voire inefficaces, rigidification et complexification de la gestion du patrimoine des établissements ainsi que de la gestion des ressources humaines (obligation de procéder à des mises à disposition pour affecter le personnel entre les établissements) et émergence de situations potentiellement sources de contentieux (l'établissement partie exécutant des marchés publics pour lesquels il n'a pas procédé à la passation du marché).

De par leur nature même, les forces du GHT peuvent devenir ses faiblesses (et inversement). Leur souplesse de fonctionnement peut être perçue comme un frein à une intégration plus poussée. La liberté a cependant été laissée à chaque acteur pour s'approprier et dessiner « son » GHT. Selon Frédéric Martineau, « *les GHT sont à l'heure actuelle au milieu du gué, désormais ils doivent aller plus loin dans la transversalité et dans leur travail avec les autres acteurs de santé sur leur territoire. Ces groupements sont toujours pertinents à condition qu'ils évoluent car ils ne peuvent pas se contenter d'une coopération public-public³⁰* ». Loin d'être figé, leur périmètre est donc susceptible d'évoluer, notamment afin d'intégrer les établissements médico-sociaux ainsi que les établissements de santé privés, et ce non plus seulement respectivement comme établissements partenaires ou associés mais comme membre partie de plein droit.

Le constat selon lequel le Groupement Hospitalier de Territoire doit évoluer est également mis en évidence par une enquête nationale dont l'initiative revient à l'Association des Directeurs d'Hôpital (association professionnelle comptant environ 1500 adhérents, soit la moitié du nombre de professionnels appartenant au corps des directeurs d'hôpital). Afin de mieux de cerner les attentes des dirigeants hospitaliers et proposer aux pouvoirs publics des recommandations fondées sur des données fiables, une enquête d'ampleur nationale a été menée en février 2018 à laquelle près de 600 répondants ont participé. Parmi les principaux constats mis en évidence, la forte demande de simplification et l'accueil favorable de modèles plus intégratifs : reconnaissance de la personnalité juridique au GHT, mise en place de direction commune et de fusions interhospitalières sont cités car susceptibles de contrer la charge de travail accrue induite par le mille-feuille institutionnel (seulement 11% des directeurs d'hôpital considèrent que les GHT ont un impact positif sur leur condition de travail)³¹.

³⁰ Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015

³¹ Association des directeurs d'hôpital – Élèves et anciens élèves de l'ENSP-EHESP, Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport d'enquête, Mai 2018

- *La fusion interhospitalière constitue un levier plus opérant que le GHT pour la gestion de la situation complexe des établissements du territoire de santé Rance Émeraude*

Dans un contexte territorial de coopérations déjà anciennes et formalisées, d'une pratique régulière et actualisée de travailler ensemble, les établissements appartenant à la Communauté Hospitalière de Territoire se sont engagés dans le Groupement Hospitalier de Territoire³². La décision d'approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude par le Directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne datée du 24 août 2016 acte la constitution légale et officielle de ce GHT³³ (annexe 4 et 5).

Afin de donner une portée concrète à cette coopération et répondre aux obligations légales et réglementaires, un projet médical et soignant partagé a dû être conçu. En dépit de l'ancienneté des collaborations au sein de ce territoire et de la mise en œuvre de certaines modalités de prise en charge conjointes entre établissements, la mise en œuvre du PMP s'est avérée complexe. La constitution et la mise en œuvre d'un projet médical commun n'a pas semblé constituer un levier permettant d'appuyer la mise en place du PMSP du GHT. Au-delà de la résistance aux changements que connaissent toutes organisations, l'approfondissement de la stratégie territoriale nécessite une réflexion sur la nature, l'étendue et l'organisation des activités médico-cliniques ainsi qu'une concertation entre les équipes médicales des établissements. Ces dernières sont significativement impactées par ce processus dans leurs conditions de travail : mobilité entre établissements, modalités de travail en équipes différentes, harmonisation et unification des protocoles...

L'identification des filières de prise en charge est également source de difficultés : le GHT Rance Émeraude a fait appel au cabinet General Electric afin de bénéficier d'une expertise et d'une expérience facilitatrices. Le projet médical partagé et soignant 2017-2022 du GHT Rance Émeraude identifie 15 filières prioritaires. Ce nombre important, bien plus élevé que la moyenne nationale témoigne d'une réflexion et d'une coopération importantes. Cependant, il constitue plus une étape qu'une véritable finalité et sera réajusté progressivement et continuellement selon les changements des modes de prise en charge des patients, les besoins et les demandes de soins de la population ainsi que les évolutions territoriales de l'offre de soins (concurrence avec le secteur privé, renforcement de l'attractivité face aux autres établissements publics de santé, démographie médicale des

³² Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude, Convention constitutive, Juin 2016

³³ Décision portant approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude

praticiens libéraux). Il a pu être considéré que ce premier PMP est seulement le plus petit dénominateur commun, résultant plus de la juxtaposition de plusieurs projets médicaux d'établissements que d'une véritable intégration et refonte de ces projets. Il n'en reste pas moins une première étape majeure et salutaire. Son approfondissement sera susceptible de restructurer l'offre de soins du territoire afin de renforcer ces établissements.

Les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude font face à une situation financière difficile. En effet, le Centre Hospitalier de Dinan est confronté à un déficit de près de 8% de ses produits totaux et est en insuffisance d'autofinancement. Quant au Centre Hospitalier de Saint-Malo, sa situation est actuellement moins critique mais n'en reste pas moins préoccupante et se dégrade rapidement. Le déficit de cet établissement est de plus de 3% de ses produits totaux et selon les projections du dernier Plan Global de Financement Pluriannuel, il sera également en insuffisance d'autofinancement en 2020.

Cette situation complexe a amené le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne à demander au Directeur Général du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude de procéder à la fusion des trois établissements pour le 1^{er} janvier 2020. La fusion est perçue comme un levier permettant de contribuer à la pérennité et à la soutenabilité financière des établissements car elle constitue la modalité la plus restructurante de coopérations interhospitalières.

Plus largement, au niveau national, les fusions interhospitalières peuvent permettre d'améliorer la gouvernance, de lutter contre des contextes économiques et budgétaires difficiles et d'optimiser l'offre territoriale de soins, raisons pour lesquelles elles sont mises en œuvre.

c) *L'absence de personnalité juridique et la faible intégration des coopérations interhospitalières constituent des limites favorisant l'émergence et la (relative) généralisation des fusions interhospitalières*

- *La procédure de fusion entre établissement fait l'objet d'une législation et d'une réglementation récente*

Auparavant, l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique imposait nécessairement et systématiquement la création d'un nouvel établissement en cas de fusion. L'ordonnance du 19 janvier 2017 aménage la procédure de fusion entre les établissements publics de santé, conformément à l'habilitation issue de l'article 204 de la loi santé du 26 janvier 2016 et

introduit la création de fusion-absorption (annexe 3). Il existe ainsi à présent deux modalités de fusion interhospitalière : la fusion-crédation et la fusion-absorption. Cette dernière ne nécessite plus la création d'une nouvelle personnalité juridique ce qui conduit à une simplification du processus de fusion entre établissements publics de santé³⁴.

La décision de la fusion peut émaner des directeurs des établissements concernés ou du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. L'avis des conseils de surveillance des établissements et l'information des instances représentatives du personnel (CTE, CME, CHSCT) et du comité stratégique du Groupement Hospitalier de Territoire concerné est requis. En outre, est également requis obligatoirement l'avis du conseil municipal de l'établissement siège et de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

- *Le nombre de fusions interhospitalières est en nette augmentation au cours des dernières années*

Les fusions concernant les établissements publics de santé restent limitées, mais progressent néanmoins régulièrement : en 10 ans (entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2014), leur nombre a quasiment doublé en passant de 68 à 133 fusions. Les fusions entre hôpitaux publics concernent majoritairement deux établissements. A titre d'exemple, sur les 17 fusions réalisées entre le 1^{er} juillet 2012 et le 31 décembre 2014, seulement 4 concernent 3 établissements publics de santé³⁵. 19 fusions entre établissements publics de santé ont eu lieu en 2017, ce qui témoigne d'une augmentation significative de leur nombre annuel³⁶ (NB : en l'absence de rapport de la DGOS sur les recompositions hospitalières en 2015 et 2016, il est impossible de connaître le nombre de fusions lors de ces années). Les limites précédemment recensées des GHT expliquent sans doute cette accélération et il s'agit également des constats mis en exergue par l'enquête nationale de l'ADH « *Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des Groupements Hospitaliers de Territoire* ».

Certaines fusions interhospitalières aboutissent à la création d'établissements de taille importante. Illustrant ce processus, la fusion des Centres Hospitaliers de Bretagne Sud, de Quimperlé, de Port-Louis-Riantec et du Faouët au 1^{er} janvier 2018 a entraîné la naissance du Centre Hospitalier Bretagne Sud qui est le Centre Hospitalier le plus important de par

³⁴ Ordonnance fusion : technique, simplement technique, Marine Gey-Coué, juriste, consultante Centre droit JuriSanté

³⁵ Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014, Direction générale de l'offre de soins

³⁶ Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017, Direction générale de l'offre de soins

sa taille et son budget de la région Bretagne hors Centre Hospitalier Universitaire. La recherche d'une unité et d'une fluidité de la gouvernance a été la principale motivation pour laquelle ces établissements ont fusionné. L'implication et le soutien des présidents des conseils de surveillance ainsi que la situation financière relativement saine des établissements ont facilité cette démarche³⁷. Le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) émane de la fusion des Centres Hospitaliers de Marne-la-Vallée, Meaux et Coulommiers. Cet établissement avec près de 2000 lits et un budget avoisinant le demi-milliard d'euros est le plus grand établissement francilien. Dans ce cas de figure, les principales motivations ont été le renforcement de l'attractivité de l'établissement qui connaissait un taux de fuite important de patients vers l'APHP ainsi que vers les établissements de santé privés (de 30 à 40%) et une amélioration de l'attractivité médicale. Ces deux exemples illustrent que les fusions sont adoptées dans des contextes différents pour répondre à des problématiques distinctes.

- *Les fusions entre établissements publics de santé comportent des conséquences juridiques et fonctionnelles majeures*

L'évolution juridique de la personnalité morale de l'établissement impacte le régime des autorisations sanitaires, le contrat pluriannuel d'objectifs de moyens ainsi que les documents internes des Centres Hospitaliers. De même, la mise en place de nouvelles instances est nécessaire ce qui peut constituer et susciter des réticences importantes susceptible d'entraver la démarche. L'inventaire des contrats et leurs modifications par avenant, ainsi, que la gestion du patrimoine sont également des aspects incontournables de la fusion entre hôpitaux publics. Mais l'enjeu capital d'une fusion reste la gestion des ressources humaines : les conditions de l'harmonisation des conditions de travail, des rémunérations et des politiques de formation continue, de qualité de vie au travail et de dialogue social sont susceptibles d'entraîner l'adhésion ou le rejet de cette procédure. Les impacts budgétaires et comptables de la fusion sont également nombreux : adoption d'un État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et d'un Plan Global de Financement Pluriannuel en lieu et place de ceux en vigueur et adoption d'un Fichier Commun de Structure unique pour l'ensemble des établissements.

La gouvernance d'un établissement public de santé résultant de la fusion de plusieurs Centres Hospitaliers est radicalement modifiée : les membres de l'équipe de direction exercent leurs prérogatives dans l'ensemble des établissements car il n'existe plus de

³⁷ Le Groupement Hospitalier de territoire au prisme de la fusion – Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne, Clément Triballeau, mémoire réalisé dans le cadre de la formation de directeur d'hôpital 2015-2016

différenciation quant au régime juridique des différents sites. Cela ne signifie pas la disparition totale d'une direction différenciée : l'existence d'une personnalité morale et compatible avec la notion de sites. La présence d'une direction générale n'emporte donc pas la possibilité de créer des directions référentes ou coordonnatrices de sites. Mais en tout état de cause, une fusion entre établissements publics de santé devrait, pour donner la pleine mesure du rapprochement entre entités juridiques différentes ne pas trop sectoriser le fonctionnement de ses différentes directions.

La communication envers les partenaires de l'établissement (conseil départemental, DDFiP, DRFiP, HAS, CPAM, fournisseurs...) revêt une importance stratégique afin de garantir la continuité et la légalité de l'activité de l'établissement. Les usagers et les associations doivent également être informés afin de maintenir voire renforcer l'attractivité de l'établissement.

- *De la coopération à la fusion interhospitalière : l'exemple du territoire de santé Rance-Émeraude*

Une fois la demande de fusion actée, l'Agence Régionale de Santé Bretagne a missionné un ancien directeur d'hôpital ayant lui-même œuvré à une démarche de fusion afin d'appuyer les établissements de Groupement Hospitalier Rance Émeraude. Le choix d'approfondir le projet médical partagé afin de mettre en place des pôles inter-établissements a été retenu. Il est susceptible de favoriser l'adhésion de la communauté médicale et soignante au projet de fusion. Cette dernière a été demandée par l'Agence Régionale de Santé dans le contexte de fortes contraintes budgétaires pesant sur le GHT. La fusion est un levier susceptible de permettre la restructuration de l'offres de soins par l'adaptation de la taille des équipes médico-soignante au plateau technique et la mutualisation des équipes entre les établissements. Cette modalité de coopération est également un moyen d'améliorer la qualité de vie au travail des agents, notamment par la mise en œuvre d'astreinte commune ce qui induit une diminution de leur nombre par agents (mais allonge potentiellement les temps de déplacements).

Procéder à la fusion sans redéfinir l'offre de soins ne permettrait aucun gain financier et ne permettrait donc pas au GHT de surmonter le contexte difficile dans lequel il se situe actuellement. En effet et fort logiquement, la réunion d'établissements déficitaires aboutit à l'addition de ces déficits et non point à leur réduction. **Les fusions ont donc toujours pour but de répondre à un ou de plusieurs objectifs** (optimisation et amélioration de l'offre de soins, renforcement de l'attractivité médicale, instauration d'une gouvernance unique et plus efficace, tentative de surmonter une situation budgétaire délicate) **auxquelles elles**

peuvent potentiellement et préférentiellement mieux répondre car il s'agit du dispositif de coopération le plus abouti et le plus intégratif.

Cependant, l'évaluation des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts des restructurations hospitalières reste largement lacunaire aujourd'hui en France (B).

B) L'évaluation des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance des coopérations et fusions interhospitalières reste largement lacunaire aujourd'hui en France

L'évaluation des politiques publiques y compris sanitaires (a) reste largement lacunaire actuellement, ce qui ne permet pas d'arbitrer en connaissance de cause le choix entre coopérations et fusions interhospitalières (b)

a) La culture de l'évaluation des politiques publiques et à fortiori sanitaire est actuellement insuffisante en France

L'évaluation des politiques publiques est globalement largement lacunaire

Selon la définition fournie par le décret n°98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à l'évaluation des politiques publiques, « l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre ». La mesure de l'impact d'une politique publique sur ses bénéficiaires demeure complexe et difficile car il s'agit de distinguer ce qui relève de la corrélation et de la causalité³⁸.

La mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, promulguée le 1^{er} août 2001 avait pour vocation de s'inscrire dans cette logique et cette démarche d'évaluation par l'imposition d'une logique de résultats et non plus de moyens. Un rapport d'information du Sénat (Placer l'évaluation des politiques publiques au cœur de la réforme de l'Etat) souligne qu'elle constitue une avancée mais non une finalité : « Il est, en effet, bien légitime de s'interroger sur les chances de succès de l'outil évaluation des politiques publiques et sur sa capacité à prévaloir sur les forces profondes qui font que, souvent, l'action publique n'est

³⁸ Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens, Rozenn Desplatz, Marc Ferracci, France Stratégie, Page 7

ni vraiment rationnelle, ni vraiment profonde. On sait que, dans le passé, ces forces ont été assez puissantes pour tenir en échec les projets de réforme de l'Etat qui visaient à les renverser. Notre droit budgétaire, malgré plus de trente tentatives de réformes et l'abondance des travaux associés au mouvement de rationalisation des choix budgétaires, est longtemps resté satisfait de l'existence d'un budget de moyens découplés des perspectives et des performances des actions financées. Les efforts effectués pour acclimater l'évaluation des politiques en tant que processus courant de la décision publique sont, quant à eux, souvent restés vains et ont connu l'échec. Ce tableau franchement sombre s'est récemment éclairci avec l'adoption de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. Elle comporte des obligations d'informations renforcées, en particulier sur les objectifs et les résultats des programmes dans lesquels seront cristallisés les crédits budgétaires. C'est un pas très important et une source d'exigences nouvelles en termes de cohérence, de transparence et de responsabilité. Mais ce n'est qu'une étape³⁹ ».

La réforme portant création de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale s'inscrivait dans la même démarche : perspective pluriannuelle et consolidation de la démarche de performance (rapports annuels de qualité et d'efficience).

La Cour des Comptes dans un bilan publié le 8 novembre 2011 souligne les avancées liées à ces réformes mais précise toutefois que, comme pour toute réforme fondamentale, des ajustements doivent y être apportés (rénovation du calendrier budgétaire, élaboration d'une véritable comptabilité analytique).

La LOLF a donc permis d'impulser une dynamique qui a vocation à se poursuivre et à se perfectionner. Le parlement procède à l'évaluation des politiques publiques au prisme du vote des LOLF et des LOLFSS mais cela constitue également une de ces attributions pleines et entières comme en dispose l'article 24 de la constitution de la cinquième république : « *Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques* ».

Depuis la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 15 avril 2009, les projets de loi, c'est-à-dire uniquement les textes à l'initiative du Gouvernement doivent obligatoirement être accompagnés d'une étude d'impact. Il s'agit donc d'une évaluation ex ante. Les moyens de contrôle ex post reposent, quant à eux, sur les pouvoirs d'information

³⁹ Rapport d'information n°392 (2003-2004) de MM. Joël Bourdin, Pierre André, Jean-Pierre Placade, fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification, déposé le 30 juin 2004

des assemblées : mission d'évaluation et de contrôle, mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale et le comité d'évaluation et de contrôle.

En dépit de ces évolutions, l'évaluation des politiques publiques reste largement insuffisante et lacunaire. En effet : « *en matière d'évaluation des politiques publiques, par rapport d'autres pays, il faut avoir la lucidité de reconnaître que la France partait d'assez loin et dispose encore de marges de progrès, tant l'exécutif a longtemps été en situation de quasi-monopole en matière d'informations exploitables. Néanmoins, depuis quelques décennies, les pratiques d'évaluations se sont peu à peu diffusées dans notre pays, notamment grâce à l'ouverture progressive des données publiques, et à une série d'initiatives visant à rendre plus systématique le recours à des indicateurs d'efficacité pour la décision publique*⁴⁰ ».

Si l'évaluation des politiques publiques relatives aux finances et l'économie semble faire l'objet d'avancées importantes, celles concernant les politiques sanitaires restent largement lacunaires.

Les évaluations dans le domaine sanitaire sont quasiment inexistantes

Selon l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) : « *l'évaluation médico-économique consiste à mettre en regard une évaluation des bénéfices cliniques d'une stratégie de santé, d'une technologie ou d'un produit de santé et leurs coûts, en vue d'une allocation optimale des ressources disponibles. En posant les termes des alternatives envisageables, elle permet d'éclairer des choix. Mais elle ne fait pas la décision*⁴¹ ».

L'inspection souligne dans ce rapport que l'insertion de ces évaluations dans les procédures de décision est récente en France. Elle porte principalement sur les produits de santé et sert de référence dans la négociation des prix. Cependant, contrairement à d'autres pays (l'Angleterre notamment), la France a fait le choix d'une évaluation médico-économique informationnelle et non décisionnelle. Les défauts de qualité des évaluations s'expliquent en grande partie parce que les moyens consacrés en France par les administrations et établissements publics à l'évaluation médico-économique sont modestes. Les agences régionales de santé par exemple ne disposent pas des professionnels ayant des compétences suffisantes pour leur permettre de préparer de façon satisfaisante le cahier des charges de telles études confiées à des opérateurs externes et

⁴⁰ Comment l'évaluation des politiques publiques contribue-t-elle à la vie démocratique, Contribution de France Stratégie à l'université d'été du CNESCO, 28 août 2017

⁴¹ Evaluation médico-économique en santé, Inspection générale des affaires sociales, Marine Jeantet, Alain Lopez avec le concours de Nathalie Destais, décembre 2014, Page 3

de suivre leur bonne mise en œuvre. Par ailleurs, le vivier des économistes de la santé compétents dans cette matière n'est pas abondant. Les évaluations médico-économiques ne sont pas un domaine d'investissement intéressant pour les économistes français : la participation à de tels travaux n'est pas valorisée par le milieu universitaire car ils ne sont pas considérés comme de la recherche. De surcroît, la qualité des évaluations est parfois décevante : *« l'évaluation médico-économique est souvent jugée compliquée et longue à réaliser. Parfois, elle est considérée comme inutile ou impossible. Confondue avec un rationnement des soins, elle peut être estimée comme néfaste pour la santé de la population⁴² »*.

L'évaluation des politiques publiques y compris sanitaires étant largement insuffisante aujourd'hui, celle des coopérations et des fusions interhospitalières l'est tout autant.

b) Les coopérations et les fusions interhospitalières ne font aujourd'hui l'objet d'aucune évaluation de leurs avantages-inconvénients et bénéfices-coûts ce qui ne permet pas d'opter en connaissance de cause pour l'une ou l'autre de ces alternatives

Les conséquences des restructurations hospitalières concernant les finances, l'offre de soins et la gouvernance ne sont pas documentées

La coopération interhospitalière et donc territoriale constitue un levier primordial de transformation et un défi majeur pour notre système de santé⁴³. Pourtant, l'évaluation de ces restructurations est insuffisante, alors même que la moitié des fusions sont considérées comme des échecs dans le domaine de l'entreprise (ce pourcentage est inconnu dans le domaine sanitaire en l'absence de toutes données). En effet, selon l'inspection générale des affaires sociales : *« Le bilan qualitatif de ces opérations est plus malaisé à dresser. Les données font défaut, la lenteur des processus d'optimisation post-fusion limite la capacité à mesurer son impact direct sur l'efficacité du nouvel ensemble. Il est néanmoins possible de dégager quelques enseignements des expériences observées par la mission : certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures : un temps de trajet trop important entre elles, des bassins de vie trop différents, l'absence de complémentarité dans leurs activités ; les fusions entre hôpitaux de grande taille paraissent particulièrement délicates, notamment lorsque les hôpitaux sont de taille relativement*

⁴² Evaluation médico-économique en santé, Inspection générale des affaires sociales, Marine Jeantet, Alain Lopez avec le concours de Nathalie Destais, décembre 2014, Page 5

⁴³ Rapport au parlement sur les recompositions hospitalières 2017, Direction Générale de l'Offre de soins, Page 3

équivalente ; L'implication des responsables est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion ; l'agence régionale doit jouer son rôle de régulateur en affichant clairement ses objectifs, notamment auprès des élus et du corps médical : l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la rationalité économique ; une fois la fusion décidée, directeurs d'établissement et représentants de la communauté médicale ont un rôle particulièrement important dans la conduite des opérations et son accompagnement auprès des personnels ; ils doivent pouvoir disposer pour ce faire d'outils spécifiques, mis à leur disposition par la tutelle ; Enfin, les acteurs doivent savoir saisir les faits générateurs, les moments critiques à l'occasion desquels des décisions stratégiques doivent être prises : évolution de la concurrence locale, décision majeure d'investissement, départ d'une compétence rare⁴⁴.

Définir, objectiver et formaliser l'évaluation des restructurations hospitalières est d'autant plus fondamental que certains faits s'avèrent contre-intuitifs. En effet, le lien entre la taille d'un établissement et son efficience est controversé. « *Dans ce contexte, l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficience et leur attractivité, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé dont ils ont besoin pour fonctionner. En théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieur à 300 lits). Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique ; il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. Sur le plan financier, la fusion, n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements* ».

Le Premier ministre Édouard Philippe et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzin, ont annoncé le mardi 13 février 2018 le lancement de la stratégie de transformation du système de santé. L'un des cinq chantiers structurants comprend l'organisation

⁴⁴ Inspection générale des affaires sociales, Fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012, Page 5

territoriale de l'offre de soins. Ainsi, cette stratégie pourra constituer une opportunité pour les pouvoirs publics de définir une politique de restructurations hospitalières susceptible d'améliorer l'efficacité des établissements publics de santé.

Une telle évaluation est possible comme en témoigne des exemples dans certains pays

L'évaluation médico-économique, encore modeste en France, est plus généralisée dans certains pays comparables aux nôtres. En Angleterre, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) finance des recherches universitaires et analyse le rapport coût-efficacité dans les recommandations de pratique clinique et de santé publique. De surcroît, le National Institute of Health Research (NIHR) exerce un rôle capital dans la structuration de l'offre académique, les pratiques professionnelles et les résultats de santé. Selon deux études américaines : « *des économies peuvent être réalisées par le seul jeu des économies d'échelle jusqu'à 200 lits et il est probable que les très grands hôpitaux (plus de 600 lits) ont un fonctionnement inefficace, qu'ils peuvent néanmoins compenser grâce à d'autres avantages*⁴⁵ ». « *Le coût minimal moyen d'un hôpital à long terme se situe entre 150 et 900 lits, la plupart suggère cependant que ce coût moyen est minimal autour de 200 à 300 lits*⁴⁶ ».

Ces données ne témoignent bien sûr pas d'une évaluation exhaustive, notamment dans le domaine de la coopération et de la fusion interhospitalière. Cependant force est de constater qu'ils s'inscrivent dans une démarche plus avancée que celle en cours en France.

L'on peut donc constater que les coopérations interhospitalières, tout comme les fusions ont des impacts majeurs sur la gouvernance, l'offre de soins et la gouvernance des établissements publics de santé. Cependant, leurs avantages-inconvénients et leurs bénéfices-coûts réels est méconnu aujourd'hui en l'absence de toute évaluation. Le choix pour l'une ou l'autre de ces modalités repose donc sur des considérations parfois voire souvent éloignées de l'intérêt général. Cette évaluation est une demande de plus en plus forte, qui pourrait opportunément être mise en œuvre avec les propositions suivantes (2)

⁴⁵ Sowden, Aletras et alii, Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs, and patient access, Quality in Health Care 1997 n°6, Page 109 à 114

⁴⁶ Rosko, Understanding variations in hospital costs : An economics perspective, Annual of Operations Research, 2005

2 La définition, l'objectivation et la formalisation de l'évaluation des restructurations hospitalières seraient l'opportunité d'optimiser l'efficacité des établissements publics de santé

L'évaluation des restructurations hospitalières est une demande de plus en plus patente des acteurs du domaine sanitaire (A) à laquelle les propositions suivantes ont vocation à répondre (B)

A) L'évaluation des impacts des restructurations hospitalières sur les finances, l'offre de soins et la gouvernance des établissements publics de santé est une demande de plus en plus forte au sein de la fonction publique hospitalière

La demande légitime et logique d'une évaluation des impacts financiers, sur l'offre de soins et de gouvernance des restructurations hospitalières provient des organisations syndicales des corps de directions de la fonction publique hospitalière (a) ainsi que des directeurs d'hôpital (b)

a) Une demande émanant des organisations syndicales

Le mouvement actuel de recomposition hospitalière a des effets conséquents et majeurs sur la profession de directeur d'hôpital. En effet, la généralisation des directions communes provoque une diminution de nombre de postes de chef d'établissement et une réorganisation des fonctions concernant ce corps. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire a des impacts, aussi bien sur les fonctions mutualisées, que sur l'exercice du métier : présence multi-site et nécessité de travailler avec des acteurs de culture professionnelle car d'établissements différents notamment.

Les organisations syndicales représentant les directeurs d'hôpital et plus largement les corps de direction de la fonction publique hospitalière perçoivent ces évolutions et dénoncent leur insuffisante prise en compte et traitement par les pouvoirs publics : « *le traitement des situations individuelles confirme les alertes exprimées par le SYNCASS-CFDT, à l'occasion de la mise en place des directions communes au sein des GHT et des affectations au sein de l'APHP. Cela entraîne des conséquences particulièrement difficiles pour les collègues concernés, qui ne sont pas tous suffisamment soutenus et accompagnés*

localement. Les réorganisations encore envisagées justifient cet accompagnement et nous l'avons à nouveau demandé avec insistance, pour les situations où il fait défaut⁴⁷ ».

Dès lors, la question et la problématique de l'évaluation des restructurations hospitalières ne peuvent être éludées. En effet, comment définir une stratégie globale pour les acteurs du système de santé que sont les établissements publics de santé sans vision à moyen et long terme ? Comment impliquer les cadres dirigeants de ces établissements qui eux-mêmes devront susciter l'adhésion d'un ensemble d'acteurs (communauté médicale, hospitalière, organisations syndicales, élus...) sans objectiver les causes et les conséquences de ces évolutions et sans proposer des solutions pour y faire face ?

L'évaluation est ainsi une demande légitime et logique : « ce soutien est d'autant plus important dans un contexte où le mouvement de mise en place des GHT continue à poser question sur l'impact qu'il génère, non seulement sur les territoires, mais aussi sur les conditions d'exercice des directeurs. Il faut évaluer à la fois la structuration des GHT et les actions menées au bénéfice d'une meilleure desserte de la population, soit d'une efficience attendue. En cela, la mise en place accélérée des directions communes apparaît aux yeux des pouvoirs publics comme un indicateur de bonne santé coopérative. **Or, il n'y a à ce jour aucune méthode proposée pour cette évaluation. Ce devrait pourtant être un axe essentiel du chantier de transformation du système de santé.** Cette accélération des rapprochements institutionnels doit aussi être évaluée à l'aune de l'impact sur l'action et les conditions d'exercice des directeurs et de leurs équipes. Car elles sont aussi synonymes de couperet pour les collègues, qui voient leur poste supprimé, et donnent le goût amer d'un sacrifice individuel compris mais non compensé, sinon par des mesures salariales d'atténuation. Dans ce cadre, le SMPS souhaite qu'un pointage précis des directions communes soit réalisé pour compléter les données trop parcellaires fournies il y a 4 ans déjà. Cet état des lieux est fondamental pour proposer une gestion des emplois à la hauteur de l'engagement des directeurs⁴⁸ ».

Au-delà des organisations syndicales, cette demande émane également des professionnels eux-mêmes (b)

b) Une demande émanant des directeurs d'hôpital

Pour mieux cerner les attentes des dirigeants hospitaliers et proposer aux pouvoirs publics des recommandations fondées sur des données fiables, l'Association des Directeurs

⁴⁷ CAPN DH : L'hôpital a besoin de directeurs respectés et soutenus, SYNCASS-CFDT, communiqué du 3 juillet 2018

⁴⁸ CAPN des Directeurs d'hôpital : Où va donc notre métier ?, SMSP, communiqué du 3 mai 2018

d'Hôpital (ADH) a lancé une enquête nationale (*évolution et transformation du métier de directeur d'hôpital*), qui a mobilisé près de 700 répondants, soit plus d'un quart de la profession, illustre les préoccupations des cadres dirigeants dans les réformes en cours. Selon les résultats de cette enquête, l'évolution la plus fréquemment citée du métier est d'ordre territoriale car 90% des enquêtés la mentionne tandis que 6 directeurs sur 10 insistent sur le développement de la composante financière à venir. Ce résultat reste logique dans le contexte de mise en place des groupements hospitaliers de territoire et de contraintes budgétaires fortes pesant sur les hôpitaux publics. Cette modalité de coopération est perçue pour 60% des dirigeants interrogés comme un risque de réduction de leur sphère d'autonomie, et près d'un quart indiquent même que cette réforme leur donne envie de changer de métier. A propos ces évolutions, l'un des directeurs interrogé affirme : *« l'approche territoriale me paraît tout à fait adaptée mais les contraintes financières, le décalage entre les objectifs fixés et les moyens donnés – auxquels s'ajoutent des normes de plus en plus contraignantes – rendent son exercice de plus en plus difficile, particulièrement stressant. Si encore nous étions soutenus pour mener à bien les réformes difficiles qui s'imposent... »*. D'autres répondants pointent également les aspects délétères de l'inflation législative : *« la régulation voire la diminution de la production de textes réglementaires soulagerait nos perspectives car elle permettrait d'avoir et de partager une vraie vision stratégique avec les acteurs de nos établissements au lieu de faire et de défaire sans cesse ! Stop à cette lourdeur administrative qui ankylose la réactivité et fait passer la fonction publique pour un monstre de gaspillage, car c'est bien la réactivité dont manque principalement notre système et paralyse les ambitieux projets de certains »*.

L'amélioration de la formation et l'accompagnement au cours de la carrière professionnelle sont considérées comme largement susceptibles de favoriser la mise en place des évolutions nécessaires des établissements publics de santé. Selon un directeur d'hôpital : *« une formation initiale plus adaptée : actuellement, elle se limite trop à la gestion des ressources humaines et des finances. Les aspects majeurs à connaître – tels que les différents statuts des médecins, les spécialités médicales, la recherche clinique pour ne citer que ces exemples – sont totalement occultés. Pourtant, ils sont essentiels à connaître »*. Si des revendications concernent la formation initiale qui est largement décrite et considérée comme perfectible (52% des répondants affirment qu'elle est insuffisante en terme de gestion de pilotage territorial), d'autres concernent le développement de la formation continue qui est l'outil le plus pertinents pour permettre l'adaptation des directeurs d'hôpital aux évolutions du métier (pour plus de 8 directeurs sur 10) avant même le coaching (60%) et les évolutions de la formation initiale (4 directeurs sur 10).

Globalement, les attentes en matière d'accompagnement de carrière sont fortes. Les acteurs qui y répondent le mieux sont le réseau professionnel (80%), l'ADH et les syndicats (près de 30% chacun) loin devant le Centre National de Gestion (CNG) (5%) qui a pourtant vocation à assurer ce rôle. Près d'un directeur sur deux est demandeur d'un plus fort suivi du CNG qui pourrait les aider dans la période de mutations à venir. Ce suivi concerne : le soutien aux mobilités, le suivi personnalisé des directeurs d'hôpital, le développement du coaching et la création d'un vivier de directeur d'hôpital. A propos de cette thématique, l'un des sondés affirme : « *le CNG n'a pas été à la hauteur des ambitions affichées dans le suivi des carrières individuels et l'accompagnement des membres du corps, hormis, semble-t-il des cas particuliers. La défense et la représentation du corps des directeurs d'hôpital, surtout depuis que le CNG a été en charge des PH, des concours d'internat, des directeurs de soins, sont insuffisantes par rapport à l'espoir mis et à ce qui se fait pour d'autres corps de fonctionnaires dans divers ministères. Ni le CNG ni la DGOS n'ont de véritable politique managériale, de gestion personnalisée des emplois et des compétences, de repérage des potentialités de chaque DH et de déroulement de carrière à offrir* ».

Cette enquête ne mentionne certes pas la question de l'évaluation des coopérations et des fusions interhospitalières. Cependant, il apparaît que certaines problématiques pourraient être minorées voire surmontées avec une objectivation des conséquences des restructurations hospitalières : à partir de quelle taille un établissement est-il susceptible d'être confronté à des déséconomies d'échelle, quels effets ont sur l'offre de soins ces restructurations ? Au-delà de quelle taille, un établissement ou un groupe d'établissement devient-il moins efficient ? Ces questions définissent directement les conditions de travail quotidiennes des directeurs d'hôpital. Efficacité des restructurations hospitalières et conditions de travail des directeurs d'hôpital sont donc intimement et inéluctablement liées.

Évaluer, c'est permettre la définition d'une stratégie, une stratégie au service du service public hospitalier, auquel les directeurs d'hôpital contribuent directement et largement. La clarification de cette stratégie est une revendication de ce corps aujourd'hui. Les propositions suivantes ont pour objectifs de susciter l'émergence d'une évaluation des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance des restructurations hospitalières (B)

B) Propositions pour la définition, l'objectivation et la formalisation de l'évaluation des impacts des restructurations hospitalières

NB : les propositions suivantes ont vocation à être réalistes et réalisables. Ce mémoire n'a pas pour objectif de dresser une liste de vœux pieux dont la mise en œuvre serait utopique. Au contraire, elles seront applicables sans obérer les finances publiques, elles nécessiteront seulement d'élargir le point de vue des décideurs. En effet la décision publique en matière administrative et managériale ne peut plus se contenter aujourd'hui d'une navigation à vue, basé sur la subjectivité et l'intuition. Tout comme la science, et notamment la science médicale, l'objectivité et l'évaluation devraient directement concourir à la prise de décisions.

Certaines des propositions suivantes figurent au sein de rapports publics, notamment de l'inspection générale des affaires sociales. D'autres sont le fruit de la réflexion de l'auteur de ce mémoire. La réflexion et l'articulation globale de ce travail et de ces propositions proviennent de l'analyse d'un futur directeur d'établissement public de santé. Elles ne sont bien sûr pas exhaustives et mériteraient amplement critiques et contre-propositions.

a) *Propositions portant sur la définition d'une politique nationale et d'un portage régional des restructurations hospitalières*

Proposition n°1

Définir une politique et une doctrine concernant les coopérations et les fusions interhospitalières. Définir dans quel contexte et cas de figure l'une de ces modalités est préférable à l'autre. Certains principes généraux mentionnés au cours de ce rapport permettent d'entrevoir certains cas de figure où la fusion interhospitalière est probablement peu pertinente : établissements de taille importante, activité similaire, distance trop grande... Recenser les fusions survenues au cours des 15 dernières années mais aussi et surtout quelles ont été leurs conséquences à moyen et long terme afin d'évaluer concrètement et objectivement quels ont été les impacts financiers, de gouvernance et d'offre de soins. Connaître le passé permet d'éclairer l'avenir.

Proposition n°2

Concevoir des outils d'évaluation ex ante et ex post. La généralisation de ces outils permettra de généraliser et d'unifier la procédure d'évaluation. Des grilles de renseignements sur la situation financière permettant d'identifier la nature des éventuelles difficultés financières des établissements ainsi que le recensement de leur offre de soins et de leur plateau technique permettra d'évaluer si un approfondissement de leur coopération

voire la fusion interhospitalière est la voie la plus à même de surmonter leurs difficultés. Dans les cas de fusions « offensives » visant non pas à surmonter un contexte difficile mais à renforcer réciproquement la situation des établissements, ce type d'évaluation pourrait également être instauré afin qu'il puisse servir d'inspiration voire d'exemple à d'autres établissements dans une situation comparable.

Proposition n°3

Mettre en place des instances susceptibles de définir, d'impulser, de suivre et de réajuster la politique des restructurations hospitalières. *« Ceci passe notamment par la reconstitution de l'observatoire des recompositions hospitalières, et par la création auprès de la DGOS d'une cellule spécifiquement chargée de suivre et d'appuyer les opérations de restructuration conduites par les ARS, en liaison avec le CNG, et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)⁴⁹ ».*

Proposition n°4

Renforcer le rôle des agences régionales de santé dans les processus de recompositions hospitalières. *« Ni les fusions, ni les directions communes, ni les communautés hospitalières de territoire ne doivent être utilisées dans le seul but de confier aux directeurs d'hôpital une responsabilité des ARS en matière de restructuration de l'offre locale⁵⁰ ».*

Proposition n°5

Professionaliser les procédures de fusion. Ces opérations doivent être conduites avec méthode dans le cadre d'une conduite de projets associant étroitement responsables administratifs et médicaux. Tous les enjeux de l'opération doivent être explicités, et notamment ses conséquences sur les personnels. Associer des professionnels d'autres domaines susceptibles d'éclairer la démarche de manière complémentaire (économiste de la santé, démographe).

Proposition n°6

⁴⁹ ⁴⁹ Inspection générale des affaires sociales, Fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012, Page 6

⁵⁰ Inspection générale des affaires sociales, Fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012, Page 6

Encadrer le recours aux prestataires extérieurs. Actuellement, les établissements publics de santé peuvent faire appel à des cabinets d'audit afin de les aider et de les appuyer dans leurs démarches de coopérations interhospitalières (aide à l'élaboration du projet médical partagé par exemple) ou de fusions. La centralisation au sein des administrations centrales de l'ensemble de ces données permettrait de disposer d'une base de données et d'évaluations susceptibles d'éclairer la prise de décisions.

b) Propositions portant sur la formation initiale et continue des élèves directeurs d'hôpital et des directeurs d'hôpital

La formation initiale

Actuellement, la formation initiale des directeurs d'hôpital est assurée par l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP, anciennement École Nationale de la Santé Publique avant le 1er janvier 2008). Cette formation comporte des apports théoriques relatifs au marketing hospitalier, à la communication, à la stratégie et aux connaissances médicales. Mais ces domaines gagneraient à être étoffés et renforcés. De même, l'apprentissage d'une culture de l'évaluation pourrait être prodigué au cours de la formation.

Proposition n°7

Augmenter le nombre d'heures d'enseignement portant sur les connaissances médicales. Le séminaire médical (semaine d'enseignement théorique au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes portant sur les différentes spécialités médicales) est salubre mais devrait être renforcé et allongé.

Proposition n°8

Permettre aux élèves directeurs d'hôpital d'avoir une véritable vision stratégie de système de santé, des territoires de santé et des établissements de santé au sein desquels ils seront affectés. En effet, les élèves directeurs d'hôpital ont vocation à exercer parmi des directions fonctionnelles d'établissements publics de santé. A ce titre, ils doivent toujours garder à l'esprit que la mission de leur établissement est de procéder au service public hospitalier. Ainsi des enseignements susceptibles de permettre aux EDH de raisonner en termes d'offre territoriale de soins et de filières de prise en charge graduées du patient leur permettront opportunément de se situer dans leur environnement.

Proposition n°9

Généraliser l'enseignement sur des concrets réels au cours de la formation des élèves directeurs d'hôpital. En effet ces cas pratiques permettent de réfléchir collectivement à des défis auxquels un certain nombre d'établissements font face (concurrence forte avec le secteur privé, pénurie de ressources humaines médicales dans certains spécialités, attractivité de l'établissement). La réponse aux défis des établissements publics de santé doit être globale et s'inscrire dans une perspective de long terme. Or, dans un certain nombre de cas de figure, les solutions envisagées s'inscrivent dans une perspective de court terme et ne contrent pas les causes des problèmes (l'exemple du coup de rabot et de la compression des ressources humaines paramédicales plutôt que la réflexion sur le dimensionnement d'un plateau technique est à ce titre assez éloquent).

La formation continue

Proposition n°10

Adopter une politique de formation continue susceptible de maintenir et d'améliorer la capacité et les compétences des directeurs d'hôpital afin de leur permettre de faire face aux défis du système de santé. La première étape consisterait à recenser les besoins quantitatifs et qualitatifs de formation continue. Puis, l'établissement d'une cartographie de l'offre de formation continue permettra de constater et de documenter les éventuels écarts entre l'offre et le demande de formation continue.

Proposition n°11

Associer l'ensemble des parties prenantes à la définition de la politique de formation continue des directeurs d'hôpital. Les organisations syndicales, de par la connaissance de terrain et de l'environnement professionnel ont un rôle qui va bien au-delà de la « simple » représentation de ces personnels. Elles pourraient et seraient légitimes à participer à la définition des besoins de ces professionnels. L'EHESP, de par son expertise et son expérience dans la formation des directeurs de la fonction publique hospitalière pourrait être le lieu principal de délivrance de ces formations. En outre, la réunion régulière des directeurs favorise les échanges sur les pratiques professionnelles et est enrichissant. L'EHESP devrait assurer la coordination de ces formations. Il est probablement souhaitable qu'elle ne se situent pas toutes à Rennes mais puisse se faire dans d'autres régions afin de réduire les temps de déplacements des directeurs concernés. Enfin, l'implication du

CNG qui irait bien au-delà de la seule gestion statutaire qu'il assure aujourd'hui permettrait de favoriser une démarche et une politique de formation continue des directeurs d'hôpital. Ainsi le passage d'une gestion statutaire à une véritable gestion des ressources humaines véritablement individualisée inscrirait la gestion de ce corps dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Conclusion

L'absence d'évaluation des impacts des restructurations hospitalières ne permet pas aux décideurs d'arbitrer en connaissance de cause entre les directions communes, les coopérations et les fusions interhospitalières. Ainsi, les conséquences à moyen et long terme en terme d'équilibre financier, de gouvernance et d'offre de soins est inconnu. Le nombre même de fusions opéré au cours des dernières années reste totalement méconnu en l'absence de suivi et de pilotage.

Dans le contexte actuel et à venir de contraintes financières et de raréfaction de certaines ressources humaines médicales voire paramédicales, la définition d'une stratégie de restructurations hospitalières serait susceptible de conforter la qualité et l'efficacité du système de soins français. Elle serait également l'opportunité d'impliquer et de mobiliser l'ensemble des acteurs participant à la politique publique sanitaire et notamment les directeurs d'hôpital.

L'impérieuse nécessité et l'ardente obligation d'évaluer se heurtent cependant à une résistance au changement et exigeraient un changement de paradigme quant à la pertinence et la place de cette évaluation. Résistance qui ne peut être surmontée qu'à force de pédagogie et de persévérance...

Bibliographie

Conseil d'Analyse Économique, Évaluation des politiques publiques, les notes du Conseil d'Analyse Économique, n°1, février 2013

Séminaire portant les méthodes d'évaluation des politiques publiques, sous la direction de Nicolas Studer

Direction générale de l'offre de soins, Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014

Rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017, Direction générale de l'offre de soins

Communiqué du syndicat des managers publics de santé, CAPN des directeurs d'hôpital : Où va donc notre métier ?

Conseil d'État, Étude annuelle 2016, Simplification et qualité du droit, étude adoptée par l'assemblée générale du Conseil d'État le 13 juillet 2016, Avant-propos de Jean-Marc Sauvé, vice-président du Conseil d'État

Conseil d'État, Étude annuelle 1991, De la sécurité juridique – mais aussi – Conseil d'État, Étude annuelle 2006, Sécurité juridique et complexité du droit

Cour des comptes, La Sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2015

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Thierry Bert, Pierre Hausswalt, Morgane Weill, Christine d'Autume, Stéphane Dupays, Julie Perlberg, juillet 2014

Inspection générale des affaires sociales, Hospitalisation à domicile, Nicolas Durand, Christophe Lannelongue, Patrice Legrand, Dr Vincent Marsala, novembre 2010

Inspection générale des affaires sociales, La mort à l'hôpital, Françoise Lalande, Olivier Veber, novembre 2009

Guide méthodologique des coopérations territoriales, ANAP

Les coopérations en santé, Bruno Gallet, Presse de l'EHESP

Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008, chapitre VIII : les restructurations hospitalières

Cour des comptes, Rapport public annuel 2013, chapitre 2 : les restructurations hospitalières, trois illustrations des difficultés rencontrées

Inspection générale des affaires sociales, Fusion et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, mars 2012

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015

Groupe Hospitalier de Territoire – Mode d'emploi, 15 points clés, Édito, Marisol Touraine

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mai 2015

GHT : enjeux pour le métier de DH, Clémence Mainpin, Intervention du 01/02/2017 à l'EHESP

La CME de l'EPSM de la Sarthe juge « scandaleux » le départ du directeur, article paru le 06/07/2018 sur le site Hospimédia

Du temps médical partagé à la constitution d'équipes territoriales : enjeux et limites – Cas de la CHT Rance Émeraude, Estelle Cossec, mémoire réalisé dans le cadre de la formation de directeur d'hôpital 2014-2016

Association des directeurs d'hôpital – Élèves et anciens élèves de l'ENSP-EHESP, Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport d'enquête, Mai 2018

Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude, Convention constitutive, Juin 2016

Décision portant approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Émeraude

Ordonnance fusion : technique, simplement technique, Marine Gey-Coué, juriste, consultante Centre droit JuriSanté

Le Groupement Hospitalier de territoire au prisme de la fusion – Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne, Clément Triballeau, mémoire réalisé dans le cadre de la formation de directeur d'hôpital 2015-2016

Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens, Rozenn Desplatz, Marc Ferracci, France Stratégie

Rapport d'information n°392 (2003-2004) de MM. Joël Bourdin, Pierre André, Jean-Pierre Plancade, fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification, déposé le 30 juin 2004

Comment l'évaluation des politiques publiques contribue-t-elle à la vie démocratique, Contribution de France Stratégie à l'université d'été du CNESCO, 28 août 2017

Evaluation médico-économique en santé, Inspection générale des affaires sociales, Marine Jeantet, Alain Lopez avec le concours de Nathalie Destais, décembre 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : article L. 6132-1 du code de la santé publique

Annexe 2 : décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Annexe 3 : ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

Annexe 4 : convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude

Annexe 5 : décision portant approbation de la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude

Chemin :

Code de la santé publique

- ▶ Partie législative
 - ▶ Sixième partie : Etablissements et services de santé
 - ▶ Livre Ier : Etablissements de santé
 - ▶ Titre III : Coopération

Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire

Article L6132-1

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

I.-Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

II.-Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

III.-Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

IV.-Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

V.-Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

VI.-Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

VII.-Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

VIII.-Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'Etat limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

Article L6132-2

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes appréciant la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

II.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ;

3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au

groupement ;

4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5 ;

b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

Article L6132-3

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

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

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

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

III.-Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

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

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

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

3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

4° Les missions de référence et de recours.

Article L6132-4

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de

santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

Article L6132-5

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

I.-Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

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

Article L6132-6

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6132-7.

Article L6132-7

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

- 1° La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;
- 2° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- 3° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- 4° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 5° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;
- 7° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire.

JORF n°0101 du 29 avril 2016
texte n° 24

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

NOR: AFSH1609031D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/4/27/AFSH1609031D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/4/27/2016-524/jo/texte>

Publics concernés : établissements publics de santé ; établissements et services médico-sociaux publics ; établissements de santé privés ; hôpitaux d'instruction des armées.

Objet : création des groupements hospitaliers de territoire.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise les règles d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, la définition du projet médical partagé des établissements parties au groupement hospitalier de territoire, les modalités de mise en place et de fonctionnement des instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Références : le présent décret est pris en application de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Les textes créés ou modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6132-6 et L. 6132-7 ;

Vu le code du travail, notamment son article L. 4111-1 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 107 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 14 avril 2016 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 19 avril 2016 et la saisine de ce même conseil en date du même jour ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Groupements hospitaliers de territoire » ;

2° Les sections 1 à 3 sont ainsi rétablies :

« Section 1

« Dispositions générales

« Sous-section 1

« Convention constitutive et règlement intérieur

« Art. R. 6132-1. - I. - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est constituée de deux volets :

« 1° Le volet relatif au projet médical partagé prévu au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 6132-2, comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

« II. - La convention détermine, dans le volet mentionné au 2° du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement déléguant sur l'établissement support du groupement.

« III. - La convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans.

« Art. R. 6132-2. - Le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

« Sous-section 2

« Projet médical et projet de soins partagés

« Art. R. 6132-3. - I. - Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

« 1° Les objectifs médicaux ;

« 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;

« 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :

« a) La permanence et la continuité des soins ;

« b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;

« c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;

« d) Les plateaux techniques ;

« e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;

« f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

« g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;

« h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;

« 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;

« 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;

« 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;

« 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;

« 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

« II. - Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

« III. - La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

« Art. R. 6132-4. - Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.

« Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-5. - Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction.

« Sous-section 3

« Procédure de création du groupement hospitalier de territoire

« Art. R. 6132-6. - I. - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Elle est soumise :

« 1° Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directeurs, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ;

« 2° Pour les établissements ou services médico-sociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration.

« La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« II. - En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois.

« A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

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

« Art. R. 6132-8. - Lorsqu'un groupement hospitalier de territoire comprend des établissements situés dans plusieurs régions, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent est celui du ressort de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire.

« Section 2

« Instances du groupement hospitalier de territoire

« Art. R. 6132-9. - I. - La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement :

« 1° Lorsqu'il est décidé de mettre en place un collège médical, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ;

« 2° Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

« II. - Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

« La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

« III. - Les avis émis par le collège médical ou la commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-10. - Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est présidé par le directeur de l'établissement support et comprend les membres mentionnés au b du 5° du II de l'article L. 6132-2.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et, lorsqu'un centre hospitalier et universitaire est partie au groupement, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sont membres de droit du comité stratégique.

« Le comité stratégique ou, le cas échéant, son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

« Art. R. 6132-11. - La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

« Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement.

« Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-12. - I. - La convention constitutive prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement. Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

« La répartition des sièges au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

« II. - Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

« III. - Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-13. - I. - La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux. 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 et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

« II. - 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. Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive.

« Section 3

« Conférence territoriale de dialogue social

« Art. R. 6132-14. - La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social.

« La conférence territoriale de dialogue social comprend :

« 1° Le président du comité stratégique, président de la conférence ;

« 2° Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ;

« 3° Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ;

« 4° Avec voix consultative, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

« La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire. » ;

3° La section 4 est ainsi modifiée :

a) La sous-section 1 devient la section 7 ;

b) L'article R. 6132-28 devient l'article R. 6132-24 et est ainsi modifié :

- le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque la convention de groupement hospitalier de territoire prévoit la cession avec ou sans modification du lieu d'implantation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, ou lorsqu'elle prévoit une telle modification sans cession, la demande de cession est assortie d'un dossier comprenant : » ;

- le deuxième alinéa est supprimé ;

- au 1°, les mots : « communauté hospitalière de territoire » sont remplacés par les mots : « groupement hospitalier de territoire » ;

c) Les sous-sections 2, 3 et 4 sont abrogées ;

4° Sont insérées, après la section 3, les sections 4 à 6 ainsi rédigées :

« Section 4

« Fonctions mutualisées

« Art. R. 6132-15. - I. - Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients.

« II. - Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.

« Art. R. 6132-16. - I. - La fonction achats comprend les missions suivantes :

« 1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;

« 2° La planification et la passation des marchés ;

« 3° Le contrôle de gestion des achats ;

« 4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

« II. - Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-17. - La convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de

politique de stages.

« Art. R. 6132-18. - La convention constitutive prévoit les modalités de coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-19. - Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :

« 1° Constituer un pôle interétablissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ;

« 2° Constituer, en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 6222-4. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire.

« Section 5

« Fonctionnement

« Art. R. 6132-20. - Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement.

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

« Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

« Section 6

« Dispositions applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille

« Art. R. 6132-22. - Les dispositions du I de l'article L. 6132-1 ne sont pas applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

« Art. R. 6132-23. - L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon ou l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille peuvent conclure, pour un ou plusieurs groupements d'hôpitaux prévus à l'article R. 6147-4, un partenariat avec les établissements parties à un ou plusieurs groupements hospitaliers de territoire pour d'autres activités cliniques et médico-techniques que celles prévues au IV de l'article L. 6132-3.

« A cette fin, une convention de partenariat est conclue avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, pour le compte de l'ensemble des établissements parties au groupement. »

Article 2

La section 1 du chapitre III du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifiée :

1° Il est créé une sous-section 1 intitulée : « Dispositions générales » et comprenant les articles R. 6113-1 à R. 6113-11 ;

2° A l'article R. 6113-3, après les mots : « établissement concerné », sont insérés les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties » ;

3° Le premier alinéa de l'article R. 6113-4 est complété par les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support. » ;

4° L'article R. 6113-6 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « commission médicale d'établissement », sont insérés les mots : « , ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, du collège médical ou de la commission médicale de groupement, » ;

b) Après les mots : « représentant de l'établissement », sont insérés les mots : « ou le représentant de l'établissement support pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire » ;

5° A l'article R. 6113-8, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante : « Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet à la commission de l'établissement concerné, au collège médical ou à la commission médicale de groupement, ainsi qu'au représentant de l'établissement concerné et au représentant de l'établissement support du groupement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement. » ;

6° La section est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2
« Département d'information médicale de territoire

« Art. R. 6113-11-1. - Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-2. - I. - Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.
« II. - Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.
« III. - Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.
« Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.
« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-3. - Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :
« 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;
« 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 ;
« 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;
« 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

Article 3

Le chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :
1° A l'article R. 6146-9-2, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « ou du groupement hospitalier de territoire dans le cas de pôles interétablissements » ;
2° Il est inséré, après la section 1, une section 1 bis ainsi rédigée :

« Section 1 bis
« Pôle interétablissement

« Art. R. 6146-9-3. - I. - Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles interétablissements d'activité clinique ou médico-technique.
« II. - Le chef de pôle interétablissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire.
« Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle interétablissement signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R. 6146-8.
« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement contresigne le contrat de pôle.
« III. - Le chef de pôle interétablissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle interétablissement.
« Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé.
« Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.
« Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.
« IV. - Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.
« Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

« V. - Une représentation du pôle interétablissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution. »

Article 4

Le livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1° Aux articles R. 6113-13 et R. 6113-14 et aux 1° et 2° de l'article R. 6113-15, après les mots : « l'établissement », sont insérés les mots : « , l'ensemble des établissements parties au groupement hospitalier de territoire » ;

2° Le I de l'article R. 6144-1 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ;

3° Au 3° du II de l'article R. 6144-3, le mot : « responsable » est remplacé par le mot : « référent » ;

4° Le I de l'article R. 6144-40 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ;

5° Après le septième alinéa de l'article R. 6145-12, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » ;

6° Le I de l'article R. 6146-10 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ».

Article 5

I. - Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend :

1° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R. 6132-3 ;

2° A compter du 1er janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article ;

3° A compter du 1er juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article.

II. - Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le 1er juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition.

Dans l'hypothèse où des établissements n'ayant pas fait l'objet d'une dérogation prévue à l'article R. 6132-7 du code de la santé publique n'auraient pas transmis avant le 1er juillet 2016 la convention constitutive signée prévue à l'article R. 6132-1 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés.

Dans les quinze jours suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les conseils de surveillance procèdent, dans les conditions prévues au a du 5° de l'article L. 6132-2 du même code, à la désignation de l'établissement support. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du comité territorial des élus locaux, l'établissement support du groupement.

Dans les deux mois suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les directeurs de ces établissements transmettent au directeur général de l'agence régionale de santé la convention constitutive du groupement. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, ainsi que ses compétences, conformément aux dispositions du I de l'article L. 6132-3.

III. - En cas de transformation d'une communauté hospitalière de territoire en un groupement hospitalier de territoire, dans les conditions prévues au B du IV de l'article 107 de la loi susvisée du 26 janvier 2016, dès lors que le directeur général de l'agence régionale de santé du ressort de l'établissement siège n'a pas fait connaître avant le 1er juillet 2016 son opposition aux établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, la convention constitutive est élaborée par avenant à la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions fixées par les articles R. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-6 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue du présent décret.

IV. - L'article R. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est applicable à compter du 1er juillet 2017.

V. - L'article R. 6132-15 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est applicable :

1° A compter du 1er janvier 2018, en ce qui concerne son II ;

2° Au plus tard le 1er janvier 2021, en ce qui concerne son I.

VI. - Le plan d'actions des achats mentionné au II de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est élaboré au plus tard le 1er janvier 2017.

VII. - L'article R. 6132-20 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du 2° de l'article 1er du présent décret, est applicable à compter du 1er janvier 2020.

VIII. - Les dispositions des b et c du 3° de l'article 1er sont applicables à compter du 1er juillet 2016.

IX. - Les dispositions du 5° de l'article 4 sont applicables à compter du 1er janvier 2017.

Article 6

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 avril 2016.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol Touraine

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

NOR : AFSH1632898R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code général des impôts, notamment son article 879 ;

Vu le code de justice administrative, notamment son article R. 123-20 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les titres III et IV du livre I^{er} de la sixième partie ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 204 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

Article 1^{er}

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 6131-2 est ainsi rédigé :

« 3° De prendre une délibération tendant à la fusion des établissements concernés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1. » ;

2° A l'article L. 6131-4, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « au 3° » ;

3° L'article L. 6141-7-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 6141-7-1. – I. –* La transformation d'un établissement public de santé résultant soit du changement de son ressort soit d'une fusion intervient dans les conditions définies respectivement au II et au III du présent article.

« II. – Le changement de ressort correspond à une diminution ou une extension du ressort de l'établissement public de santé tel que défini au deuxième alinéa de l'article L. 6141-1.

« Le directeur de l'établissement public devant faire l'objet d'un changement de ressort prend toutes les décisions nécessaires à la mise en œuvre de ce changement.

« Le changement de ressort d'un établissement public de santé est décidé, en fonction du ressort qui en résultera, soit par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, soit par décret. La décision détermine la date du changement de ressort et en complète, en tant que de besoin, les modalités.

« III. – La fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé s'effectue soit par la création d'une nouvelle personne morale, soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements partie à la fusion. Cette fusion est réalisée à l'initiative des établissements partie à la fusion ou à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé conformément à l'article L. 6131-2.

« La fusion de plusieurs établissements publics de santé entraîne le transfert à titre gratuit de l'ensemble des biens, droits et obligations à l'établissement issu de la fusion. Ces transferts de biens, droits et obligations ne donnent lieu à aucune indemnité, taxe, contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts ou honoraire.

« Les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement issu de la fusion sont prises conjointement par les directeurs des établissements qui fusionnent, après que les conseils de surveillance de ces établissements se sont prononcés en application du 4° de l'article L. 6143-1 et après information des instances représentatives du personnel et du ou des comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les conditions dans lesquelles les autorisations prévues au chapitre VI du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie et au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du présent code, détenues par les établissements qui fusionnent, ainsi que les meubles et immeubles de leur domaine public et privé sont transférés à l'établissement issu de la fusion et atteste des transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au fichier immobilier.

« Les structures créées en application de l'article L. 6146-1 et les contrats conclus en application de l'article L. 6146-2 dans chaque établissement concerné avant la fusion sont transférés dans l'établissement qui en est issu. Il en va de même des emplois afférents aux structures considérées, créés avant l'intervention de la fusion.

« Les procédures de recrutement et d'avancement, en cours avant la fusion, peuvent être valablement poursuivies dans l'établissement qui en est issu.

« La fusion des établissements publics de santé est décidée, en fonction du ressort de l'établissement qui en est issu, soit par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, soit par décret dans des conditions définies par voie réglementaire. La décision détermine la date de fusion, le nom et le siège de l'établissement et en complète, en tant que de besoin, les modalités. »

Article 2

Le Premier ministre et la ministre des affaires sociales et de la santé sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 janvier 2017.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
BERNARD CAZENEUVE

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE

CONVENTION CONSTITUTIVE

Juin 2016

SOMMAIRE

CONVENTION CONSTITUTIVE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	4
PREAMBULE.....	5
TITRE I NATURE JURIDIQUE - DENOMINATION - CREATION - DUREE - ACTEURS - OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	7
ARTICLE 1 - Nature juridique	7
ARTICLE 2 - Dénomination.....	7
ARTICLE 3 - Création	7
ARTICLE 4 - Durée.....	7
ARTICLE 5 - Acteurs du GHT.....	7
ARTICLE 6 - Objet du GHT	9
TITRE II PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS PARTAGES.....	11
ARTICLE 7 - Elaboration du projet médical et du projet de soins partagés.....	11
ARTICLE 8 - Contenu du projet médical partagé.....	11
ARTICLE 9 - Durée du projet médical partagé.....	12
ARTICLE 10 - Articulation entre les projets médicaux des établissements parties et le projet médical partagé	12
TITRE III PILOTAGE ET GOUVERNANCE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	13
ARTICLE 11 - Désignation de l'établissement support et fonctions mutualisées.....	13
ARTICLE 12 - Droits et obligations des établissements parties.....	14
ARTICLE 13 - Instances de gouvernance du GHT	15
ARTICLE 13. 1 - Comité stratégique.....	15
ARTICLE 13. 2 - Comité territorial des élus locaux.....	17
ARTICLE 13. 3 - Collège médical.....	18
ARTICLE 13. 4 - Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement	19
ARTICLE 13. 5 - Comité/commission des usagers.....	22
ARTICLE 13. 6 - Conférence territoriale de dialogue social.....	22
TITRE IV	24
AUTRES DISPOSITIONS.....	24
ARTICLE 14 - Règles budgétaires et comptables	24
ARTICLE 15 - Certification.....	24
ARTICLE 16 - Règlement intérieur.....	24
ARTICLE 17 - Non-conformité	24

ARTICLE 18 - Avenant.....	25
ARTICLE 19 - Conciliation et litige.....	25
ARTICLE 20 - Abrogation de la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire.....	25

CONVENTION CONSTITUTIVE DE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

VISAS

Vu les articles L. 6132-1 et s. du code de la santé publique (CSP),

Vu les articles R. 6132-1 et s. du code de la santé publique,

Vu les conventions de direction commune en date du 23 octobre 2008 et du 19 décembre 2008 ;

Vu la concertation respective des directoires

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 10 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 10 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 14 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des comités techniques d'établissement (CTE)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 20 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des commissions médicales d'établissement (CME)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 14 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 14 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des commissions des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT)

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 7 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 20 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 13 juin 2016 ;

Vu l'avis respectif des conseils de surveillance

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

Vu la délibération des conseils de surveillance

- du Centre Hospitalier de SAINT-MALO, en date du 21 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de DINAN, en date du 22 juin 2016 ;
- du Centre Hospitalier de CANCALE, en date du 20 juin 2016 ;

désignant le CH de SAINT-MALO comme établissement support du GHT ;

Considérant les coopérations déjà initiées dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire RANCE EMERAUDE fondée sur une convention constitutive conclue le 17 janvier 2011 ;

PREAMBULE

Les Centres Hospitaliers de SAINT-MALO, DINAN et CANCALE - établissements publics de santé - ont, à la suite de la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite « HPST »), souhaité formaliser leur rapprochement, initié depuis plusieurs années dans le cadre d'une démarche volontaire, de coopération médicale et de mutualisation.

L'objectif était, à l'image de l'intercommunalité sur le plan des politiques locales, de permettre de surmonter les difficultés que rencontrent les établissements publics de santé (démographie médicale, passage à la tarification à l'activité, investissements...) pour développer des stratégies partagées à l'échelle de territoire.

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) RANCE EMERAUDE fut mise en place dans ce cadre par la signature officielle de sa convention constitutive le 17 janvier 2011, après que les établissements aient engagé une dynamique de préfigureurs de CHT dès 2009.

Cette réponse commune choisie par les hôpitaux publics, pour les 250 000 habitants du territoire, s'est articulée autour de principes qui ont guidé la réflexion médicale lors de l'élaboration du projet médical commun.

Ces principes ont permis d'offrir à la population :

- des soins sécurisés,
- des soins à des tarifs opposables (pas de dépassement d'honoraires),
- des soins réalisés dans un environnement permettant le maintien d'une activité de proximité,
- des soins articulés autour des spécialistes reconnus,
- des soins dans des établissements accueillants,
- des soins respectueux de l'éthique.

Support organique de la CHT Rance Emeraude, le groupement de coopération sanitaire (GCS) dénommé « GCS du territoire n°6 de Bretagne » a été approuvé par le Directeur Général de l'ARS Bretagne le 21 mai 2010.

C'est donc dans un contexte territorial de coopérations déjà anciennes et formalisées, d'une pratique régulière et actualisée de travailler ensemble que les mêmes établissements publics s'engagent dans le Groupement Hospitalier de Territoire prévu par l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

La mise en œuvre du pôle de santé (convention du 26 mai 2009) et l'installation de la clinique sur le site hospitalier de Dinan en septembre 2009 constituent une composante de l'organisation de l'offre de soins, prise en compte dans le cadre de la présente convention.

- Le Centre Hospitalier de SAINT-MALO, établissement public de santé, situé 1, rue de la Marne 35403 SAINT-MALO, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,
- Le Centre Hospitalier de DINAN, établissement public de santé, situé 74 rue Chateaubriand, 22101 DINAN Cedex, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,
- Le Centre Hospitalier de CANCALE, établissement public de santé, situé Rue des Prés Bosgers, 35260 CANCALE, représenté par son Directeur, Monsieur Arnaud GUYADER,

Dénommés ci-après établissements parties, conviennent de constituer un groupement hospitalier de territoire (GHT), selon les modalités définies ci-après.

TITRE I

NATURE JURIDIQUE - DENOMINATION - CREATION – DUREE - ACTEURS – OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 1 - Nature juridique

Le GHT établi au titre de la présente convention ne dispose pas de la personnalité juridique.

ARTICLE 2 - Dénomination

La dénomination du GHT est « GHT RANCE EMERAUDE».

ARTICLE 3 - Création

Le GHT est créé après approbation de la présente convention constitutive par le directeur général de l'Agence régionale de santé (DG ARS) de la région BRETAGNE ou, en cas de silence gardé par celui-ci, à l'issue d'un délai de deux mois suivant la date de réception de la présente convention constitutive par le DG ARS.

ARTICLE 4 - Durée

La présente convention de GHT est conclue pour une durée de dix ans, à compter de son approbation par le DG ARS de la région BRETAGNE ou, en cas de silence gardé par celui-ci, à l'issue d'un délai de deux mois suivant la date de réception de la présente convention constitutive.

ARTICLE 5 - Acteurs du GHT

ARTICLE 5. 1 – Etablissements parties au GHT

Les établissements de SAINT-MALO, DINAN et CANCALE, membres de la CHT Rance Emeraude, signataires de la présente convention constitutive, sont les membres fondateurs du GHT. Ils participent à la réalisation de l'objet du GHT tel que défini à l'article 6 de la présente convention constitutive.

ARTICLE 5. 2 – Poursuite des coopérations existantes par les établissements parties au GHT

La qualité d'établissement partie ne fait pas obstacle à la poursuite des actions de coopération engagées préalablement dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes physiques et / ou des personnes morales de droit public ou de droit privé. Elle ne l'empêche pas d'initier ou de se joindre à de telles coopérations, et dans le respect de l'objet du présent GHT.

ARTICLE 5. 3 – Etablissements partenaires et associés du GHT

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) sont obligatoirement associés à la rédaction du projet médical partagé, qui doit être finalisé pour le 1^{er} juillet 2017. A cet

égard, le groupement associera à ses travaux l'Association AUB de SAINT-MALO (structure autorisée en HAD).

Tout établissement de santé autorisé en psychiatrie, pourra être associé, dans les conditions de l'article L.6132-2 du CSP, à l'élaboration du projet médical partagé du GHT, auquel il ne sera pas partie, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2 du CSP. Dans ce cadre et en sa qualité d'établissement support, le Centre Hospitalier de SAINT-MALO participera à la mise en place de la Communauté Psychiatrique de Territoire autour du Centre Hospitalier Guillaume Régnier à laquelle pourra également être associé l'établissement de Saint Jean de Dieu.

Conformément à l'article L.6132-1-VII CSP, les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. A ce titre, seront notamment joints aux travaux d'élaboration du projet médical partagé, conformément aux contacts pris avec ces établissements, à leur demande et sur accord des établissements parties au groupement :

- La clinique Saint-Joseph, de COMBOURG, rencontrée le 1^{er} juin 2016 ;
- L'établissement de BAGUER-MORVAN, relevant du Groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV), rencontré le 13 mai 2016 ;
- L'établissement psychiatrique Saint-Jean de Dieu à DINAN, rencontré le 3 mai 2016 ;
- L'établissement Arthur Gardiner à DINARD, rencontré le 8 juin 2016 ;
- L'AUB, pour son volet médical hors HAD, rencontré le 31 mai 2016 ;
- Le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) Eugène Marquis de Rennes.

Dans le cadre de l'accord du pôle de santé de Dinan, la polyclinique du Pays de Rance sera partenaire du GHT Rance Emeraude.

D'autres établissements privés dont l'établissement La maison de Velléda (groupe Orpéa) à Plancoët pourront également être partenaires selon des modalités prévues par un avenant ultérieur.

Les établissements médico-sociaux peuvent aussi être partenaires du GHT selon les mêmes modalités.

ARTICLE 5. 4 – Activités hospitalo-universitaires

Conformément à l'article L.6132-1-III du CSP, le GHT s'associe au CHU de Rennes, au titre des activités hospitalo-universitaires.

Le CHU de Rennes coordonne, au bénéfice des établissements parties au présent GHT, les missions suivantes :

- Enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- Recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du CSP ;
- Gestion de la démographie médicale ;
- Les missions de référence et de recours.

Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association à conclure entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le CHU de Rennes. Cette convention devra préciser le périmètre et les modalités de cette coordination, ainsi que les engagements respectifs des signataires.

Par ailleurs, le GHT souhaite poursuivre le partenariat déjà engagé avec le CHRU de Brest pour ce qui concerne les activités de recherche clinique.

ARTICLE 6 - Objet du GHT

Conformément aux dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, le GHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Les établissements membres du GHT RANCE EMERAUDE ayant élaboré, dans le cadre de la CHT, un projet médical commun ainsi qu'un projet communautaire, les actions déjà menées s'intègrent dans les objectifs du présent GHT et doivent se poursuivre en se renforçant dans le cadre du Projet Médical Partagé.

Dans cette perspective, la présente convention constitutive de GHT prévoit :

- L'élaboration d'un projet médical et d'un projet de soins partagés établis conformément à l'article 7. L'objectif est de poursuivre le projet médical de la CHT Rance Emeraude qui est de mettre en œuvre une stratégie commune, en établissant des synergies entre les sites respectifs des établissements parties et partenaires, dans le respect de l'identité de chaque établissement, dans un but de qualité et de performance des soins délivrés aux patients, au meilleur coût, et d'engager des regroupements de certaines activités pour en garantir l'excellence et la sécurité ;
- La gestion de certaines fonctions et activités par l'établissement support du GHT conformément aux dispositions de l'article 11 et selon des modalités qui seront énoncées par avenant ultérieur à la présente convention constitutive, et par le règlement intérieur du GHT, poursuivant la gestion commune déjà réalisée de certaines fonctions et activités ;
- L'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale (déjà réalisées grâce à un service commun d'imagerie médicale et à la mise en œuvre, en avril 2016, d'un laboratoire commun) et de pharmacie à usage intérieur,

conformément aux principes fixés dans le projet médical partagé et selon des modalités qui seront énoncées par avenant ultérieur à la présente convention constitutive, et par le règlement intérieur du GHT ;

- La poursuite de la mise en place du DIM communautaire réalisé depuis 2014.

TITRE II

PROJET MEDICAL ET PROJET DE SOINS PARTAGES

ARTICLE 7 - Elaboration du projet médical et du projet de soins partagés

Un projet médical partagé et un projet de soins partagé du GHT sont élaborés par les équipes médicales et soignantes concernées. Ils sont déclinés pour chaque filière visée par le projet médical partagé. Ils ont pour objet de garantir une offre de soins de proximité pour tous les membres parties, de référence selon les spécialités pour les établissements de Saint-Malo et de Dinan et de recours pour le CHU adaptée aux besoins de la population des territoires et afin de répondre notamment aux problèmes de démographie médicale.

ARTICLE 8 - Contenu du projet médical partagé

Le projet médical partagé est conforme aux orientations stratégiques régionales, poursuit et fait évoluer le projet communautaire ainsi que les 24 projets par spécialité médicale contenus dans le projet médical commun de la CHT Rance Emeraude.

Le projet médical des Fédérations Médicales Inter hospitalières (FMIH) doit être intégré dans le Projet Médical Partagé.

Il s'agit des fédérations signées au 1er avril 2015 à savoir :

1. FMIH Anesthésie ;
2. FMIH Hématologie ;
3. FMIH Hépato-gastro-entérologie et oncologie digestive ;
4. FMIH Neurologie ;
5. FMIH Rhumatologie ;
6. FMIH SAU.

Par ailleurs, les activités médicales qui font l'objet de services communs (imagerie médicale, laboratoire) et/ou d'une réflexion médicale déjà entreprises ou déjà mises en œuvre (infectiologie, addictologie, néphrologie, pneumologie, cardiologie, oncologie) doivent également être intégrées dans la réflexion du projet médical partagé (obstétrique,...).

Au jour de la rédaction de la présente convention constitutive, le projet médical partagé définit les objectifs médicaux du GHT. Ces objectifs médicaux figurent en annexe n°1 de la présente convention constitutive de GHT.

Cette annexe n°1 sera complétée selon le calendrier suivant :

- Au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT comprend en outre l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- Au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions réglementaires et comprend tous les éléments fixés à l'article R. 6132-3 du CSP.

L'annexe n° 1 complétée sera transmise au Directeur Général de l'ARS BRETAGNE, conformément au calendrier arrêté ci-dessus.

ARTICLE 9 - Durée du projet médical partagé

Le projet médical partagé est élaboré pour une durée maximale de 5 ans ; il doit être réévalué à mi-parcours et à l'issue de sa période de validité. Toute modification du projet médical partagé donne lieu à la conclusion d'un avenant à la convention constitutive, approuvé par le Directeur Général de l'ARS BRETAGNE. Cet avenant devra être approuvé par le Directeur Général de l'ARS Bretagne.

ARTICLE 10 - Articulation entre les projets médicaux des établissements parties et partenaires et le projet médical partagé

Les projets médicaux des établissements parties et partenaires au GHT doivent être conformes au projet médical partagé du groupement.

TITRE III

PILOTAGE ET GOUVERNANCE

DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

ARTICLE 11 - Désignation de l'établissement support et fonctions mutualisées

Le CH de SAINT-MALO est désigné en qualité d'établissement support au GHT, comme il était précédemment l'établissement siège de la CHT Rance Emeraude.

A ce titre, l'établissement support a vocation à assurer pour le compte des établissements parties au groupement les fonctions suivantes :

- La définition, et la mise en œuvre d'une stratégie de développement d'un système d'information hospitalier convergent et performant, outil indispensable au Projet Médical Partagé.
 - A cette fin, un schéma directeur du système d'information du GHT sera élaboré. Sa définition, sa mise en œuvre et son suivi seront réalisés en pleine concertation avec le comité stratégique sous la responsabilité de la direction de l'établissement support.
 - Dans le cadre de la définition de ce schéma directeur, les enjeux suivants constitueront des impératifs :
 - Offrir aux patients et à ses proches un meilleur accueil et une meilleure prise en charge, en facilitant l'organisation de son parcours de soins (mise en place du dossier patient,...) et la gradation de ses soins ;
 - Proposer des services de saisie et d'accès à une information médicale, pharmaceutique et soignante plus performants dans le cadre d'un dossier médical partagé, offrant aux professionnels de santé la possibilité d'exercer dans de meilleures conditions grâce à la mise en œuvre du dossier médical partagé ;
 - Tisser des liens nouveaux ou renforcer ces derniers avec les prescripteurs externes notamment la médecine de ville, et avec l'ensemble des acteurs de santé contribuant à la prise en charge des patients dont les acteurs de la filière médico-sociale.
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire conformément à l'orientation prise par les établissements en 2014 ;
- La fonction achats mutualisée ayant vocation à :
 - Améliorer la performance économique de la fonction Achats tout en maintenant un niveau de qualité élevé;
 - Soutenir le projet médical partagé grâce à l'accompagnement des sites et l'harmonisation des pratiques.
L'organisation de la fonction Achats mutualisée respecte les principes de valorisation des compétences de chaque acteur de la chaîne achat (professionnalisation et spécialisation) et d'équilibre entre les sites du groupement.
- La coordination des plans de formation continue et du développement professionnel continu des personnels non médicaux des établissements parties au groupement : un

service commun aux trois établissements (Saint-Malo, Dinan et Cancale) sur le champ de la formation continue, de l'organisation des concours et de la GPMC pour le personnel non médical sera constitué à compter du 1er juillet 2016 dont la finalité est de :

- promouvoir des pratiques d'amélioration continue de la qualité ;
- rassembler des acteurs de niveaux hiérarchiques différents et de compétences professionnelles multiples autour de projets communs (projet médical commun notamment) ;
- améliorer la coordination entre acteurs et de partager les ressources et les compétences autour du patient ;
- favoriser la mutualisation des ressources humaines des services administratifs compétents.

Parallèlement cette organisation s'inscrit dans le cadre de l'approfondissement de la logique communautaire par la mise en place d'une direction des ressources humaines communautaire

- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements parties au groupement.

Les établissements parties organisent également en commun les activités de biologie médicale avec la mise en place du laboratoire commun le 26 avril 2016, d'imagerie diagnostique et interventionnelle grâce à un service commun depuis 2009, et de pharmacie (**conformément aux orientations du Projet Médical antérieur de la CHT Rance Emeraude**).

Pour les fonctions qui feront l'objet de mutualisation, les établissements parties au GHT doivent déterminer, par avenant à la présente convention constitutive :

- Le périmètre de la mutualisation ;
- Les prérogatives de l'établissement support dans la prise en charge de ces fonctions ;
- Les droits et obligations des établissements parties au groupement dans la mise en œuvre de ces mutualisations, et les prérogatives que ceux-ci conservent sur chacun des quatre domaines.

La mise en œuvre des fonctions mutualisées fera l'objet d'une présentation aux instances compétentes de chaque établissement partie au GHT.

ARTICLE 12 – Droits et obligations des établissements parties

Le directeur des trois établissements de santé parties au groupement conserve ses pleines compétences dans les conditions de l'article L.6143-7 CSP. En particulier, au jour de la conclusion de la présente convention constitutive, le directeur des trois établissements dispose au sein de chaque établissement, en respectant les attributions du responsable de structure interne, du chef de pôle et du président de CME, du pouvoir :

- d'affectation des personnels médicaux, conformément à leur spécialité médicale ;
- d'organisation des services;
- du pouvoir de nomination et du pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels non médicaux de chaque établissement
- du pouvoir d'ordonnateur sur l'ensemble des dépenses et des recettes de ses établissements ;
- de la qualité de pouvoir adjudicateur, sauf conclusion, à l'initiative de tout ou partie des établissements parties au groupement, d'une ou plusieurs conventions de groupements de commandes, dans les conditions de l'article 28 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;
- du pouvoir de représentation légale de l'établissement, dans tous les actes de la vie civile et en justice.

ARTICLE 13 - Instances de gouvernance du GHT

ARTICLE 13.1 - Comité stratégique

Composition

Le comité stratégique comprend, conformément à l'article R.6132-10 du CSP, les membres suivants :

- Pour chaque établissement de santé partie :
 - o Le directeur ou son représentant ;
 - o Les **présidents de CME élus et les vice-présidents;**
 - o **Les présidents de CSIRMT ;**
- Le président du collège médical et le vice-président ;
- Le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) de territoire.
- Le médecin responsable de la coordination médicale de Cancale.

Les Directeurs délégués des établissements parties sont invités permanents

Le comité stratégique invite le cas échéant, au regard de l'ordre du jour du comité stratégique :

- le directeur (ou son représentant) des établissements partenaires et/ou associés de son choix ;

- le DG ARS de la région BRETAGNE ou son représentant ;
- toute personne relevant de l'un des établissements parties au groupement, et compétente sur une question inscrite à l'ordre du jour du comité stratégique.

Missions

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Le comité stratégique propose ses orientations au directeur de l'établissement support dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Pour ce faire, le comité stratégique peut être amené à se prononcer sur les questions qui structurent le groupement à savoir, notamment :

- tout avenant à la convention constitutive;
- l'admission d'un nouvel établissement partie au groupement ;
- le projet médical partagé du groupement ;
- les mutualisations portant sur : le système d'information convergent, le département de l'information médicale de territoire, la fonction achats, la coordination des écoles, instituts de formation paramédicale, plans de formation et de développement professionnel continu (DPC), les activités de biologie médicale, imagerie et pharmacie organisées en commun ;
- le schéma directeur du système d'information ;
- le plan d'actions achats ;
- toutes mutualisations visées à l'article L.6132-3-II du CSP, dont les équipes médicales communes et les pôles inter-établissements ;
- le règlement intérieur du groupement ;
- les frais de gestion engagés, le cas échéant, par l'établissement support au titre des fonctions assurées pour le compte des établissements parties et soumis à remboursement de ceux-ci.

Présidence

La présidence du comité stratégique est assurée par le directeur des trois établissements.

Fonctionnement

Le comité stratégique se réunit au moins 2 fois par an à la demande de son président.

Chaque établissement partie, via son représentant légal, s'y exprime. Un procès-verbal des réunions du comité stratégique est établi. En cas de vote, le directeur dispose d'une voix par établissement et les praticiens également (présidents et vice-présidents de CME et de collège médical). Le DIM et le médecin responsable du Conseil médical de Cancale disposent d'une voix consultative. Par dérogation, pour les sujets concernant Cancale, le médecin responsable du Conseil médical de Cancale dispose d'une voix lors du vote.

Le secrétariat de la commission est à la diligence de son président.

ARTICLE 13. 2 - Comité territorial des élus locaux

Composition

Conformément à l'article R.6132-13 du CSP, le comité territorial des élus locaux est composé :

- Des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement ;
- Des maires des communes sièges de chaque établissement partie au groupement ne siégeant pas auxdits conseils de surveillance ;
- Du directeur des trois établissements, en qualité de président du comité stratégique ;
- Du président et du vice-président du collège médical du groupement et des présidents de CME élus.

Missions

Le comité territorial des élus locaux est chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, ce comité peut émettre des propositions ; il est informé des suites qui leur sont données.

Présidence

Le comité territorial des élus locaux élit son président en son sein.

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins une fois par an à la demande de son président.

Chaque représentant des élus s'exprime. Un procès-verbal des réunions du comité des élus locaux est établi.

Le secrétariat du comité territorial des élus locaux est à la diligence de son président.

Un bureau est constitué comprenant les présidents de Conseil de surveillance, le directeur et les collaborateurs de son choix, les directeurs délégués et les présidents de CME élus. Son fonctionnement sera prévu par le règlement intérieur

ARTICLE 13. 3 – Collège médical

Un collège médical est constitué, conformément à l'option retenue par les commissions médicales des établissements parties au groupement et devrait évoluer vers une commission médicale de groupement pour le 1^{er} novembre 2016 dont la composition et le nombre de représentants seront déterminés ultérieurement.

Composition

Le collège médical comprend :

- Pour le Centre Hospitalier de SAINT-MALO :
 - o Le président et le vice-président de CME
 - o Les trois praticiens membres officiels du directoire
- Pour le Centre Hospitalier de DINAN :
 - o Le président et le vice-président de CME ;
 - o Les trois praticiens membres officiels du directoire.
- Pour le Centre Hospitalier de CANCALE :
 - o Le praticien responsable de la coordination médicale de l'établissement.
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire ;
- Un représentant de la CSIRMT du groupement.

Missions

Le collège médical est chargé de :

- Donner un avis sur le projet médical partagé (Art.R.6132-3-II CSP) ;
- Suivre et évaluer la mise en œuvre des objectifs médicaux du GHT ;
- Suivre et évaluer la mise en place des filières prévues par le projet médical partagé.

A ce titre, le collège médical:

- Est tenu informé de l'avancement de l'élaboration du projet médical partagé, de sa mise en œuvre, de son bilan, à échéance annuelle ;

- Peut faire toute proposition concourant à la bonne mise en œuvre du projet médical partagé.

Présidence

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

Le président du collège médical coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. La fonction de président du collège médical de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Le collège médical émet des avis. Les avis émis sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement.

Fonctionnement

Le collège médical se réunit au moins 3 fois par an ou à la demande de son président.

Un compte-rendu des réunions du comité médical est établi.

Le collège médical a vocation à être remplacé par une commission médicale de groupement au 1^{er} novembre 2016. Cette future instance de commission médicale de groupement assurera les compétences qui lui seront transférées, qui seront dans un premier temps la politique de la qualité et projet médical partagé. Dans la future CMG, seront intégrés les présidents et vice-présidents des CME des établissements ainsi que le praticien responsable de la coordination médicale du CH de Cancale.

Le nombre de praticiens de la CMG reste à définir selon les principes suscités au 1^{er} paragraphe de l'article 13.3.

ARTICLE 13. 4 – Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement

Composition

Conformément aux propositions préliminaires des directeurs des soins, la composition de la CSIRMT est la suivante :

Les présidents des CSIRMT des trois établissements de santé membres du Groupement sont membres de droit.

Collège des cadres de santé

Le collège des cadres de santé paramédicaux comprend six sièges :

- Trois cadres de santé paramédicaux de la CSIRMT du Centre hospitalier de SAINT-MALO ;
- Deux cadres de santé paramédicaux de la CSIRMT du Centre hospitalier de DINAN ;
- Un cadre de santé de la CSIRMT du Centre hospitalier de CANCALE ;

Chacune des trois CSIRMT de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques comprend huit sièges :

- Quatre personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de la CSIRMT du CH de SAINT-MALO ;
- Trois personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de CSIRMT du CH de DINAN ;
- Un personnel infirmier, de rééducation et médico-techniques de la CSIRMT du CH de CANCALE ;

Chacune des trois Commissions de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Collège des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques

Le collège des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques comprend huit sièges :

- Quatre aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques de la CSIRMT du CH de SAINT-MALO ;
- Trois aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques de la CSIRMT du CH de DINAN ;
- Un aide-soignant, auxiliaire de puériculture et aide-médico-psychologique de la CSIRMT du CH de CANCALE ;

Chacune des trois CSIRMT de soins élit en son sein ses représentants, en séance, à la majorité des membres présents.

Membres avec voix consultative

- Le directeur des soins chargé des instituts de formation (IFSI et IFAS) du Groupement ;
- Un représentant des étudiants de 3^{ème} année nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFSI/IFAS du Groupement ;

- Un élève aide-soignant nommé par le Directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'IFSI/IFAS du Groupement ;
- Un représentant du collège médical.

Autres membres associés

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la CSIRMT du groupement à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Missions

La CSIRMT du groupement est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Groupement hospitalier de territoire Rance Emeraude ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades dans les trois établissements de santé du groupement ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins du groupement ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers au sein des établissements du groupement ;
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein du groupement ;
- La politique du développement professionnel continu (DPC) au sein du groupement.

La CSIRMT du groupement est informée sur :

- La convention constitutive du groupement et son règlement intérieur;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux) au sein du groupement) ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité du groupement.

Présidence

Le président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

Fonctionnement

Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des CSIRMT des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la CSIRMT du groupement (convocation, ordre du jour, séances, quorum, constitution du bureau...) sont fixées par le règlement intérieur (cf. annexe 2).

ARTICLE 13. 5 – Comité/commission des usagers

La constitution d'un comité ou d'une commission des usagers, sa composition, ses compétences et les modalités de son fonctionnement seront fixées dans un délai de 6 mois par avenant à la présente convention constitutive.

ARTICLE 13. 6 - Conférence territoriale de dialogue social

La mise en place de la conférence territoriale de dialogue social se fera en concertation avec les organisations syndicales représentatives du GHT.

Une charte sociale sera élaborée dans le cadre des travaux de la conférence territoriale de dialogue social.

Compétences :

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

Les organisations syndicales peuvent émettre des avis et vœux dans le cadre des travaux de la conférence.

Composition :

La conférence territoriale de dialogue social est composée comme suit :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence ou son représentant ;
- Un représentant et un à deux suppléants désignés par chacune des organisations syndicales siégeant au comité technique d'établissement des établissements parties au groupement ;
- Le président du collège médical ou son représentant et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou son représentant.

Sont membres invités permanents :

- Le directeur territorial des ressources humaines ou son représentant ;
- Le responsable des Ressources Humaines de chaque établissement partie ou son représentant ;
- Le(s) médecin(s) de santé au travail

La conférence territoriale de dialogue social peut décider de faire participer à ses réunions toute personne nécessaire à la réflexion qu'elle mène.

Fonctionnement :

La conférence est réunie trois fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de la conférence, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence seront précisées dans un règlement intérieur.

TITRE IV AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 14 - Règles budgétaires et comptables

Pour chacun des établissements publics de santé parties au GHT, le DG ARS de la région BRETAGNE prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que le plan global de financement pluriannuel (PGFP), mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 du CSP.

Conformément à l'article R.6132-21 du CSP, les établissements parties au groupement transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29 CSP, leur EPRD ainsi que leur PGFP.

Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au DG ARS, qui apprécie l'EPRD et le PGFP de chacun des établissements parties au groupement en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

ARTICLE 15 - Certification

La certification des établissements de santé parties au groupement est conjointe. L'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 du CSP fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement partie au GHT.

Les établissements de santé parties au groupement se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. La mise en place du compte qualité unique, et de la visite de certification unique, est effective à compter du 1^{er} janvier 2020.

ARTICLE 16 - Règlement intérieur

Le comité stratégique du groupement élabore et adopte un règlement intérieur, après consultation des instances communes du groupement.

Les instances des établissements parties sont consultées conformément à leurs attributions.

ARTICLE 17 - Non-conformité

En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le DG ARS de la région BRETAGNE enjoint les établissements parties à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements parties. Ce délai ne peut être inférieur à un mois.

Au terme de ce délai, le DG ARS de la région BRETAGNE procède à la mise en conformité et arrête la convention constitutive de GHT.

ARTICLE 18 - Avenant

L'avenant est élaboré et approuvé dans les mêmes conditions légales et réglementaires que la présente convention. Pour l'élaboration, c'est le directeur, les présidents de CME et les Présidents de CSIRMT des établissements parties au GHT qui y participent.

ARTICLE 19 - Conciliation et litige

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les établissements parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à 2 conciliateurs qu'ils auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS BRETAGNE.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

ARTICLE 20 – Abrogation de la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire

Les dispositions de la présente convention constitutive de groupement hospitalier de territoire abrogent, sauf dispositions contraires expressément prévues dans la présente convention, la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire en date du 17 janvier 2011.

Par ailleurs, le Groupement de Coopération Sanitaire Territoire n°6, support des actions menées dans le cadre de la CHT RANCE EMERAUDE, perdure.

Fait à Saint-Malo, le 22 juin 2016,

Pour le Centre hospitalier de SAINT-MALO, son Directeur, Arnaud GUYADER,



Pour le Centre hospitalier de DINAN, son Directeur, Arnaud GUYADER,



Pour le Centre hospitalier de CANCALE, son Directeur, Arnaud GUYADER,



ANNEXE N° 1 : PROJET MEDICAL PARTAGE DU « GHT Rance Emeraude » OBJECTIFS MEDICAUX DU GROUPEMENT

La CHT Rance Emeraude est dotée d'un projet médical commun.

Articulé autour des besoins de la population, structuré autour du prendre soin de la personne, ce projet médical s'est basé sur un axe de travail permettant d'assurer et de renforcer la coopération en filières pour un maillage serré du territoire 6.

Ce projet médical commun permet par ailleurs de lutter contre les ruptures dans le parcours de soin et vise à réduire les fuites d'activité du territoire 6, non pas en répartissant les activités par site mais au contraire en organisant, pour toutes les spécialités, une réponse aux besoins de la population.

Cette population ainsi que les médecins adresseurs attendent que, dans un rayon de moins d'une heure, leur hôpital ou le groupe hospitalier que constitue la CHT puisse assurer les principaux soins critiques : USIC, USINV, néonatalogie, réanimation polyvalente. Cet objectif caractérise l'enjeu de la sécurité allié à celui de la proximité à laquelle la population est légitimement attachée compte tenu du vieillissement des bassins de vie et du développement des maladies chroniques.

Le projet médical commun est constitué d'un document comprenant l'analyse des caractéristiques du territoire de santé et de l'activité de soins des établissements, le modèle de coopération choisi par les établissements ainsi que les projets prioritaires qu'ils ont retenus dans leur coopération médicale.

Le projet médical commun approuvé par les conseils d'Administration des trois établissements de la Communauté Hospitalière de Territoire en janvier 2010 comprend une partie relative aux projets coopératifs par spécialité, projets destinés à être déclinés en actions par les équipes médicales concernées afin de créer les meilleures conditions possibles pour :

- Un maillage plus dense du territoire de santé n°6 en proposant une offre hospitalière publique bien répartie et complémentaire ;
- Une harmonisation qualitative des prises en charges ;

Lors de son actualisation en 2012, il a été souhaité de conserver l'objectif initial à savoir maintenir un maximum de spécialités sur les trois sites en établissant, à partir du pôle de référence qu'est le Centre Hospitalier de Saint-Malo, des filières de prise en charge. Le territoire de santé n°6 étant caractérisé par un taux de fuite important, la coopération médicale par spécialités doit permettre de proposer à la population une offre de soins qualitative et d'organiser vers le CHU ou vers des établissements spécialisés (Centre Régional de Lutte contre le cancer,...) les seules prises en charge qui en relèvent.

La transformation de la CHT en GHT au 1^{er} juillet 2016 permet de poursuivre les coopérations déjà existantes.

Pour le 1^{er} juillet 2016 le Directeur Général de l'ARS Bretagne a choisi de prioriser les filières de prise en charge suivantes :

Thématiques	Gradation des soins	Démographie médicale	Qualité des soins	Modèle médico-économique
Urgence Santé mentale Filière gériatrique Oncologie Chirurgie Périnatalité- Pédiatrie AVC-Neurologie Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permanence et continuité de soins ➤ Organisation des parcours ➤ Développement des alternatives ➤ Définition des actes rares (en chirurgie), des actes réalisés en établissements de référence ou de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schéma cible par filière ➤ Inventaire des postes vacants ➤ Gestion prévisionnel le des métiers et des compétences médicales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat de la certification ➤ EPP en cours ou envisagées ➤ Actions spécifiques sur la pertinence des soins ➤ Modalités de préparation de la certification unique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicateurs de performance définis ➤ Projections d'activité avec évolutions attendues ➤ Gestion territoriale des lits ➤ Liens avec le Plan Triennal

Ces filières de prise en charge intègrent les coopérations déjà menées qui vont faire l'objet d'un approfondissement entre les établissements parties au GHT grâce à la mise en œuvre d'une réflexion commune basée sur l'actualisation des données d'activité des établissements et les perspectives de prise en charge de la population pour les prochaines années au regard de l'évolution des techniques médicales.

DECISION
portant approbation de la convention constitutive
du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude

Le Directeur général de
l'agence régionale de santé de Bretagne

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

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

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

Vu le décret en date du 19 février 2015 portant nomination de Monsieur Olivier de CADEVILLE en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne ;

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

Vu l'arrêté du 9 mars 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de Bretagne et les arrêtés des 10 février 2014, 18 mai et 15 septembre 2015 du Directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne portant révision du projet régional de santé de Bretagne ;

Vu l'arrêté du 1^{er} juillet 2016 du Directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne fixant la composition du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude.

Vu la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude signée le 22 juin 2016 par les directeurs des établissements parties, après avis des conseils de surveillance des centres hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale.

Considérant que la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude est conforme au projet régional de santé de Bretagne.

DECIDE

Article 1^{er} : La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude est approuvée.

Article 2 : L'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude est le CH de Saint-Malo, dont le siège est situé 1, rue de la Marne, 35403 Saint-Malo.

Article 3 : La présente décision et la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude peuvent être consultées, en version électronique, sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bretagne.

Article 4 : La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude est conclue pour une durée de 10 ans. Elle prend effet à compter de la publication de la présente décision d'approbation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région. Elle sera aussi publiée aux recueils des actes administratifs des préfectures d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor.

Article 5 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne, d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Rennes, le **24 AOUT 2016**

Le Directeur général
de l'agence régionale de santé Bretagne,


Olivier de CADEVILLE

TAHORA

Danil

Décembre 2018

Filière directeur d'hôpital

Promotion 2017-2018

Restructurations hospitalières : des coopérations à la fusion

Quelles évaluations des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Les différentes modalités de restructurations hospitalières (directions communes, coopérations et fusions interhospitalières) permettent de mutualiser les moyens et ressources matériels et humains. Elles représentent aussi l'opportunité d'améliorer la pertinence et la qualité de l'offre de soins par la constitution de filières de prise en charge et/ou la coordination des différents plateaux technique.

Tous établissements publics de santé à l'obligation légale de s'inscrire dans une coopération interhospitalière à travers l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire. Afin de surmonter certaines limites du GHT, absence de personnalité juridique notamment, un nombre croissant d'hôpitaux publics fusionnent. Cependant, le pilotage et le suivi des restructurations hospitalières restent aujourd'hui largement lacunaire et les conséquences financières, de gouvernance et sur l'offre de soins restent méconnues.

La demande d'évaluation des restructurations hospitalières est une demande des directeurs d'hôpital, eu égard à leurs conséquences directes et importantes sur les établissements dont ils ont la responsabilité ainsi que sur leurs conditions de travail.

Le présent mémoire fait ainsi part de propositions afin d'inscrire la démarche de restructurations hospitalières dans une culture de l'évaluation.

Mots clés :

Restructurations hospitalières, coopérations, fusions, directions communes, gouvernance, offres soins, finances, établissements publics de santé, GHT, évaluation.

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