



GHT 94 NORD

# MÉMOIRE

École des Hautes Études en Santé Publique

Directeur d'hôpital

2018 - 2019

**Service de Santé des Armées et Système de Santé Public ; Une large ouverture des Hôpitaux d'instruction des Armées au Service Public :**

**« Partenariat de l'HIA Bégin avec le GHT 94 Nord »**

Présenté par : Sawssen BALTI

Directrice de mémoire : Nathalie PEYNEGRE, Directrice du GHT 94 Nord



## *Remerciement*

Je remercie en premier lieu mon maitre de stage Madame Natalie PEYNEGRE, directrice des Hôpitaux de Saint Maurice et du GHT 94 Nord, pour ses précieux conseils lors de la direction de ce mémoire.

Je remercie également les directeurs adjoints des HSM : Madame Meriem DHIB, directrice des affaires médicales et système d'information ; Madame Anne PARIS, directrice des ressources humaines ; Madame Céline RANC, directrice des achats, d'approvisionnement et de la logistique ; Madame Béryl WILLSUS directrice des soins ; Monsieur Jérôme HUC, directeur de la qualité et de la gestion des risques ; Monsieur Abdelhamid MEKKAOUI, directeur des services techniques et le Commissaire Laetitia GRIVART, chef du service achat, budget et comptabilité à l'HIA Bégin, pour avoir accepté d'échanger sur leur pratique, leur conception et pour son accompagnement pendant mon stage long.

Un grand merci à l'ensemble du personnel du GHT 94 Nord pour leur accueil chaleureux et qui ont également contribué à ce que ce stage se déroule dans les meilleures conditions.

Je remercie ma chère famille pour leur patience, leur soutien et leur empathie malgré mon manque de disponibilité à leur égard.

# Sommaire

Remerciement.....	2
Liste des sigles utilisés.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 Le service public hospitalier :.....	8
1.1 L'organisation du service public hospitalier est différente de l'organisation du SSA :.....	8
1.1.1 La notion de service public hospitalier :.....	8
1.1.1.1 Les missions communes à tous les établissements :.....	9
1.1.1.2 Les missions spécifiques aux établissements assurant le service public hospitalier.....	10
1.1.2 Les principes fondamentaux liés au fonctionnement du service public hospitalier:.....	10
1.2 La nécessité de la coopération et ses différents outils :.....	11
1.2.1 La loi HPST :.....	12
1.2.2 Les conditions de la collaboration entre SSA et service public hospitalier :.....	13
1.2.2.1 Principe de réciprocité :.....	13
1.2.2.2 Principe de concertation :.....	14
1.2.3 Les différents modes de coopération en santé publique :.....	14
1.2.3.1 Les outils traditionnels :.....	14
1.2.3.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) : Un nouveau cadre de coopération hospitalière.....	17
2 L'ouverture du service de santé des armées au service public hospitalier.....	20
2.1 Particularité de service santé des armées (SSA) :.....	20
2.1.1 Une organisation centralisée :.....	20
2.1.2 Missions prioritaires :.....	21
2.1.2.1 Mission propre SSA :.....	21
2.1.2.2 Mission extérieure aux armées :.....	22
2.1.3 La catégorisation des bénéficiaires :.....	23
2.2 Un partenariat renforcé entre SSA et système public hospitalier :.....	25
2.2.1 Les types de coopérations privilégiées par la DCSSA :.....	25
2.2.2 Le modèle « SSA 2020 » :.....	27
2.2.3 Les relations entre le service santé des armées et le Groupement hospitalier de territoire : 28	
2.2.3.1 L'association à l'élaboration du projet médical partagé :.....	28
2.2.3.2 La création du statut de membre associé :.....	29
2.2.4 Des partenariats civils et militaires déjà engagés :.....	30
2.2.4.1 Convention entre le SSA et la FHF: une complémentarité renforcée.....	30

2.2.4.2	Le partenariat entre l'hôpital des armées Desgenettes et les hospices civils de Lyon (HCL) :	31
2.2.4.3	Le partenariat entre l'hôpital des armées Legouest et le CHR Metz-Thionville :	31
2.2.4.4	Le partenariat entre l'hôpital des armées Clermont-Tonnerre et le CHRU de Brest :	32
2.2.4.5	Le partenariat entre l'hôpital des armées Robert Picqué et la maison de santé protestante Bagatelle (MSPB) :	33
2.2.5	Les difficultés rencontrées interdisant une participation intégrative au sein des GHT :	33
2.2.5.1	La nature même des objectifs du SSA complexifie la participation intégrative dans les GHT :	33
2.2.5.2	La centralisation de la gestion des ressources humaines militaires :	34
2.2.5.3	Des principes financiers spécifiques :	35
3	Etude du partenariat de l'hôpital d'instruction des armées Bégin avec le GHT 94 Nord	39
3.1	Présentation de l'hôpital d'instruction des armées Bégin :	39
3.2	Les domaines de coopération :	41
3.2.1	Le projet médico-soignant partagé :	41
3.2.2	Certification, qualité et gestion des risques :	42
3.2.3	Organisation en commun des plateaux techniques :	44
3.2.4	Le pôle inter-établissement de gériatrie :	45
3.2.5	La mutualisation des achats :	47
	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXES	53
	EXECUTIVE SUMMARY	55

## Liste des sigles utilisés

**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**CH** : Centre hospitalier  
**CHM** : Centre hospitalier les Murets  
**CHU** : Centre hospitalier universitaire  
**CHT** : Communauté hospitalière de territoire  
**CMA** : Centre médical des armées  
**CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens  
**CSP** : Code de la santé publique  
**DAPSA** : Direction des approvisionnements en produits de santé des armées  
**DCSSA** : Direction centrale du service de santé des armées  
**DFRI** : Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation  
**DGARS** : Directeur général de l'agence régionale de santé  
**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins  
**DHOP** : Direction des hôpitaux  
**DMF** : Direction de la médecine des forces  
**DSIN** : Direction de système d'information et du numérique  
**EMA** : Etat-major des armées  
**EPRD** : Etat prévisionnel des recettes et dépenses  
**FHF** : Fédération hospitalière de France.  
**GCS** : Groupement de coopération sanitaire  
**GHT** : Groupement hospitalier de territoire  
**GIE** : Groupement d'intérêt économique  
**GIP** : Groupement d'intérêt public  
**HAS** : Haute autorité de santé  
**HIA** : Hôpital d'instruction des armées  
**HSM** : Hôpitaux de Saint-Maurice  
**HPST** : Hôpital, patient, santé et territoire  
**IRM** : Imagerie par reconnaissance magnétique  
**MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
**ONU** : Organisations des nations unies  
**OPEX** : Opérations extérieurs  
**PIE** : Pôle inter-établissement de gériatrie  
**PMSP** : Projet médical soignant partagé  
**PRS** : Projet régional de santé  
**SAU** : Service d'accueil d'urgences  
**SIH** : Syndicat inter hospitalier  
**SROS** : Schéma régional d'organisation des soins  
**SPH** : Service public hospitalier  
**SSA** : Service de santé des armées  
**T2A** : Tarification à l'activité  
**UGA** : Unité de gériatrie aigue  
**UMGP** : Unité mobile de géronto-psychiatrie

# INTRODUCTION

Malgré l'importance des deniers publics et sociaux consacrés à la santé, de fortes disparités sociales et régionales dans l'accès aux soins existent. Le système de santé français qui se caractérise par une grande diversité et complexité des structures sur le plan juridique comme financier, manque de coordination entre les acteurs et montre un cloisonnement qui complexifie le parcours de soins et n'assure pas convenablement la permanence des soins sur tout le territoire. C'est dans ce cadre que l'organisation du système de santé se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé pour répondre aux demandes des usagers tout en étant efficient au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins.

Pour résoudre ces disparités et en vue d'exploiter les gains d'efficacité que permet la mutualisation des moyens civils et militaires, les hôpitaux des armées tendent à se rapprocher des hôpitaux civils. Dès janvier 2011 le directeur central du Service Santé des Armées (SSA) a adressé au médecin-chef de chaque hôpital des armées des directives précisant les relations à entretenir avec les acteurs locaux de la santé publique notamment les agences régionales de santé. Dans cette directive il est précisé que *«les représentants du SSA que sont les directeurs régionaux du service de santé des armées, les médecins-chefs des hôpitaux des armées et leurs adjoints respectifs sont encouragés à traiter à leur niveau de tous les sujets dont les conséquences ne dépassent pas leur hôpital ou leur région »*.

Dans ce contexte économique et financier contraint et face aux recommandations de la cour des comptes dans son rapport thématique en octobre 2010, qui a indiqué que l'articulation avec le dispositif de santé publique était insuffisante et l'implication des hôpitaux militaires était virtuelle, le service de santé des armées a adopté un projet de modernisation présenté au conseil des ministres du 18 mai 2011 et a fait preuve d'une réelle volonté d'amélioration de sa performance et d'une véritable ouverture vers le service public. C'est une réorganisation de la sphère hospitalière militaire en profondeur tenant compte du fait que le SSA se situe à la croisée entre deux mondes, celui de la Défense et celui de la santé.

D'une part, le monde de la défense est en pleine transformation et le nouveau modèle d'armées précise que le rôle du SSA change et évolue et qu'aujourd'hui *« le SSA, acteur déterminant de l'engagement opérationnel des forces, sera en mesure de mettre en œuvre un dispositif sanitaire de veille opérationnelle composé d'un ensemble de modules d'intervention projetables avec une forte réactivité, pour tous les types de missions des forces et pour la protection des populations sur le territoire. Ce rôle sera consolidé par une réforme ambitieuse visant de nouvelle synergie et une meilleure articulation avec le service public de santé. »*<sup>1</sup>

Le SSA qui a été généralement connu de l'opinion publique pour sa mission de soutien des forces armées et surtout pour ses interventions dans le cadre des opérations humanitaires est aujourd'hui très largement ouvert au service public et participe efficacement à l'organisation sanitaire française. Ce sont les réformes hospitalières qui ont remodelé les relations « civilo-militaires » dans le domaine sanitaire et ont adapté les relations des services de santé civils et militaires aux nouvelles conditions d'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier tout en confirmant leurs orientations les plus traditionnelles.

D'autre part, une nouvelle réforme de la sphère hospitalière civile est mise en œuvre dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>2</sup>. C'est une innovation pour mieux organiser l'offre de soins toujours confrontée à plusieurs défis : prendre en compte les contraintes géographiques et démographiques, faire face aux contraintes financières et améliorer la

---

<sup>1</sup> Source intradef

<sup>2</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé.

qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge. La place et le rôle de l'hôpital a toujours été au cœur des réflexions relatives à notre système de santé, des instruments spécifiques ont été développés pour faire évoluer l'offre de soins. Parmi ces instruments, la coopération hospitalière est présentée comme pouvant répondre à l'objectif de rationalisation économique et à l'objectif d'amélioration du fonctionnement du système hospitalier. Dix ans après la loi hôpital, Patients, santé et territoire dite loi «HPST »<sup>3</sup> le gouvernement parle toujours d'une stratégie nationale fondée sur les coopérations entre les professionnels de santé, ces coopérations qui sont considérées comme un instrument de cohérence de l'offre hospitalière de notre système de soins. Et c'est cela qui a conduit le gouvernement à créer de nouvelles formes de coopération.

Certainement, les coopérations territoriales entre le service de santé des armées et le service public hospitalier constituent aujourd'hui un enjeu majeur qui trouve son fondement dans la recherche de complémentarité entre les établissements. Cette évolution constante exige du SSA un effort important d'adaptation. Ces coopérations sont susceptibles d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser les ressources des deux ministères.

Dans un environnement de plus en plus contraint et complexe, la modernisation de notre système de santé permet-elle au SSA de garantir sa mission prioritaire tout en étant un acteur à part entière dans le territoire de santé ?

Dans ce mémoire je réalise une étude en trois étapes. Une première partie est consacrée à l'étude des spécificités du service public hospitalier et ses différents outils de coopération. Dans une seconde partie, sera analysée la nouvelle stratégie du SSA et les modalités de relations envisageables entre le SSA et le service public hospitalier et plus particulièrement les possibilités d'association avec le GHT et ses limites. Enfin je vais présenter, comme exemple, le partenariat du le HIA Bégin avec le GHT94 Nord, afin de montrer que l'ouverture des hôpitaux militaires, une orientation nécessaire qui doit être conciliée avec la spécificité des missions militaires prioritaires.

---

<sup>3</sup> Loi HPST du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

# 1 Le service public hospitalier :

## 1.1 L'organisation du service public hospitalier est différente de l'organisation du SSA :

On appelle « service public » toute activité exercée directement par l'autorité publique (Etat, collectivité territoriale ou locale) ou sous son contrôle, dans le but de satisfaire un besoin d'intérêt général.<sup>4</sup> L'existence d'un service public dans le domaine de la santé a été admise très tôt par le conseil d'état le 08 novembre 1935, sauf que la cour de cassation a considéré ces soins comme une activité d'assistance.

Le législateur a supprimé tous les doutes, dans le cadre de la réforme hospitalière du 31 décembre 1970, en confirmant l'existence d'un service public hospitalier et l'association des personnes privées à ce service public.

Dans la loi HPST, 3 grandes catégories d'établissements de santé ont été redéfinies :

- Les établissements privés à but lucratif gérés le plus souvent par de grands groupes : 33 %
- Les établissements privés à but non lucratifs (établissement de santé privé d'intérêt collectif) : 22%
- Les établissements publics de santé : 45%

En France, on a 3089 établissements de santé catégorisé par secteur dont :

- 1389 établissements publics qui assurent 253364 lits et 41361 places ;
- 691 établissements privés d'intérêt collectif qui garantissent 57384 lits et 13498 places ;
- 1009 établissements privés à but lucratif qui disposent de 97497 lits et 17939 places.<sup>5</sup>

### 1.1.1 La notion de service public hospitalier :

Le service public hospitalier (SPH) est défini par les articles 2 et 3 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970<sup>6</sup> qui fixent les obligations et les missions. Ce nouveau service public se fonde sur la nécessité de la réorganisation d'un système de santé qui doit s'appuyer sur la complémentarité entre les établissements de soins.

La notion juridique du service public hospitalier a été étendue par les lois des 31 juillet 1991<sup>7</sup>, du 18 janvier 1994<sup>8</sup> et du 27 juillet 1999<sup>9</sup>.

Le service public hospitalier est assuré par les établissements d'hospitalisation publics et les établissements d'hospitalisation privés dans certaines conditions définies par les articles 40, 41, 42 de la loi susvisée qui prévoient l'intégration des établissements d'hospitalisation privés dans l'exécution du service public. Aujourd'hui, le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public qui sont soumis au contrôle de l'État, assurent une mission de service public et jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Ses missions sont définies par les articles L.6111-1 à 3 du CSP:

---

<sup>4</sup> Le dictionnaire politique : la toupie

<sup>5</sup> DRESS, Panorama des établissements de santé édition 2017

<sup>6</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>7</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>8</sup> Loi n° 94-43 du janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

<sup>9</sup> Loi n° 99-641 portant création d'une couverture maladie universelle.



- Le diagnostic
- Les soins
- La coordination des soins
- La santé publique et les dispositifs de vigilance
- La réflexion éthique
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques
- La création et la gestion d'établissements sociaux et médico-sociaux et de centres de santé.

Il existe différents types d'hôpitaux :

\* Les centres hospitaliers universitaires (CHU) : ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales

\* Les centres hospitaliers (CH) : leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.

\* Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie assurent la prise en charge des patients en matière de santé mentale

\* Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont placés sous l'autorité du chef d'état-major des armées, et considérés comme des CHU par le ministère de la Santé

Les établissements publics de santé accueillent toutes les personnes quel que soit leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs appartenances politiques ou religieuses.

### **1.1.1.1 Les missions communes à tous les établissements :**

La loi de 31 juillet 1991 a fixé les missions des établissements de santé publics et privés qui participent au service public (article L.711-1 du code de la santé publique) :

*« Ils assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire... »*

L'article L.711-2 du code de la santé publique montre que l'objet de ces établissements est de dispenser :

*« \* Avec ou sans hébergement :*

*- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.*

*- des soins de suite et réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.*

*\*des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien... »*

En plus de ces missions traditionnelles, l'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ajoute une nouvelle prérogative. En effet ils ont la possibilité de « créer et de gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales... »

Ce lien direct entre le service sanitaire et le secteur social permet à tout établissement de santé de gérer des organismes d'accueil et d'hébergement des personnes âgées ou handicapés, des centres d'aide pour le travail, des centres de placement des mineurs notamment.

En outre, tous les établissements de soin ont l'obligation de respecter les droits de malades<sup>10</sup>, de les informer, de communiquer tout renseignement demandé par le médecin et d'assurer la sécurité du secret médical et de la vie privée.

### **1.1.1.2 Les missions spécifiques aux établissements assurant le service public hospitalier.**

Aux termes de l'article L.711-3 du code de santé publique, ils concourent à :

- l'enseignement universitaire et post universitaire, à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique.
- la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers.
- la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical
- aux actions de médecine préventive, d'éducation pour la santé et à leur coordination
- à l'aide médicale d'urgence, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé.
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes.

Par ailleurs, la loi de 31 juillet 1991 a créé les conditions d'une large ouverture de l'hôpital sur l'extérieur en favorisant le développement des relations de collaboration entre les établissements de soins et les autres acteurs du système de santé.

Cette volonté de privilégier les actions de coopération a été confirmée par les ordonnances du 24 avril 1996<sup>11</sup>. Ces textes ont défini une nouvelle mission de service public hospitalier dans lequel doit collaborer avec les médecins, les autres professionnels de la santé et les services non hospitaliers.

Cette collaboration doit être particulièrement dans le domaine de l'aide médicale urgente et de l'organisation de soins coordonnés au domicile de malade à laquelle le service hospitalier participe avec le concours de médecin traitant.

La particularité de ces missions de service public, est qu'elles peuvent être exercées par tous les établissements de soins qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou non, dès lors que ces structures appliquent des tarifs opposables et qu'elles garantissent un égal accès aux patients, ainsi qu'un accueil 24 heures sur 24. Cette ouverture des missions de service public à un nombre plus conséquent de structures permet d'éviter des situations de carence et de mieux réguler l'offre.

### **1.1.2 Les principes fondamentaux liés au fonctionnement du service public hospitalier:**

L'article L.711- 4 du code de la santé publique impose le respect d'un certain nombre d'obligation dans les établissements publics hospitaliers rappelant ces principes généraux tel que l'égalité à l'accès aux soins et sa continuité.

---

<sup>10</sup> Circulaire de 20 septembre 1974 relative à la charte de malade hospitalisé, circulaire n°95-22 du 06 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé et l'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>11</sup> Ordonnance n° 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale (journal officiel de 25 avril 1996).

Les établissements publics hospitaliers doivent garantir l'accès de tous aux soins qu'ils disposent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. A cet effet, les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont soumis à des obligations particulières à savoir :

**\* le principe d'égalité :**

Se traduit par l'ouverture à toutes les personnes malades. Les établissements de santé dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que nécessite leur état de santé sans aucune discrimination entre les patients.

**\*le principe de continuité :**

Signifie que les établissements de santé doivent être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert leurs services de jour comme de nuit, éventuellement en urgence ou d'assurer leur admission dans un autre établissement si cela est nécessaire. Le but c'est de veiller sur la continuité des soins.

**\*le principe de mutabilité :**

Exige au service public de s'adapter en permanence aux besoins et aux circonstances tout en procédant aux différentes mutations et réorganisations nécessaires pour satisfaire les demandes des usagers.

**\*le principe de neutralité :**

Ce principe signifie que les agents du service public ne doivent pas prendre en considération les opinions et les croyances des usagers pendant leurs traitements. Aussi ces agents sont dans l'obligation de ne pas faire état de leurs propres opinions dans l'exercice des fonctions.

## 1.2 La nécessité de la coopération et ses différents outils :

La coopération entre les établissements est une obligation dans le contexte national actuel marqué par des contraintes démographiques, médicales et des exigences en matière de sécurité des soins et de qualité.

L'évolution de la coopération dans la santé publique est engagée par les pouvoirs publics par la création des syndicats inter hospitalier (SIH) en 1970, les groupements d'intérêt public (GIP) en 1991, ensuite par les groupements de coopération sanitaire (GCS) en 1996 et enfin par le groupement hospitalier de territoire (GHT) en 2016.

L'agence nationale d'appui à la performance, dans son guide des collaborations, donne plusieurs raisons de coopération :

- La desserte du territoire de santé ;
- L'organisation des soins ;
- L'amélioration de la qualité des soins ;
- La raréfaction des moyens humains ;
- La permanence des soins ;
- La mise en œuvre de textes réglementaires, notamment pour l'application des seuils d'activité ;
- La recherche d'économies d'échelle ou la construction d'une offre d'activité permettant d'assurer un volume significatif<sup>12</sup>

D'une part, le but est de mettre en œuvre une organisation des soins efficace et efficiente qui se base sur la complémentarité entre les établissements sur le territoire afin de développer le système de

---

<sup>12</sup> Guide méthodologique des coopérations territoriales ANAP ; p27

soin territorial en s'appuyant sur le rapprochement entre les acteurs de système de soins sur le même territoire pour répondre aux exigences en termes de qualité et de sécurité des soins surtout avec l'apparition de nouvelles normes de sécurité. Cela exige la complémentarité entre les établissements pour confronter la difficulté entre l'exigence de qualité et la garantie d'un égal accès aux soins.

D'autre part, plusieurs établissements de santé ont des difficultés à maintenir leurs effectifs et à recruter des nouveaux agents, ce qui a un impact sur la performance des soins hospitaliers et des conséquences considérables sur le développement des coopérations. A nos jours, l'hôpital est considéré comme une petite entreprise, pour cela la stratégie hospitalière vise l'amélioration de la situation et la performance économique et l'optimisation de l'usage des ressources disponibles avec certains dispositifs tel que le contrat des moyens et des objectifs, les coopérations et les mutualisations. Cette recherche de l'efficacité économique a été initiée par les ordonnances de 1996 instaurant la T2A (tarification à l'activité), modèle de tarification unique pour une même prestation, quel que soit l'établissement.

Nous voyons bien que le contexte impose aux établissements hospitaliers cette recherche de coopération territoriale où la loi HPST a été comme un véritable stimulant de restructuration. Il appartient alors à chaque hôpital, quel que soit son statut, de se poser la question de son niveau d'engagement dans cette démarche.

### 1.2.1 La loi HPST :

Dans un contexte de compétition croissante entre établissements de santé et de raréfaction des moyens humains comme financiers, la coopération, définie ici comme la recherche d'objectifs communs, via le développement d'une stratégie partagée et la mise en commun de moyens, apparaît comme une solution particulièrement avantageuse pour les hôpitaux.

La loi HPST est un véritable appui pour la coopération entre les différents établissements de santé, dans le but de mettre en œuvre une complémentarité à travers les coopérations entre les deux secteurs public et privé.

Dans cette optique de renforcement, en 2009, la loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (HPST) prévoit en premier lieu, la création d'une nouvelle coopération fonctionnelle : les communautés hospitalières de territoire (CHT). Les établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin d'établir une stratégie commune et gérer en commun certaines activités notamment par le transfert des compétences et la télémédecine.

Dans un second lieu, la loi HPST redonne une nouvelle vie à la coopération organique permise dans le cadre des groupements de coopération sanitaire (GCS). Titulaire de la personnalité morale, le GCS est l'outil privilégié de coopération organique entre les établissements publics et privés.

Les deux modalités de coopération CHT et GCS ont des objectifs en commun et l'un de ces objectifs c'est le renforcement de la démarche de performance pour tous les établissements de santé.

La création des agences régionales de santé (ARS) marque sans doute le symbole fort de la loi HPST. Dans chaque région, les ARS veillent sur la mise en place de politique nationale de santé publique et l'organisation de l'offre de soin. Pour ce faire, le directeur de l'ARS dispose des outils apportés par la loi susvisée à savoir le projet régional de santé (PRS) et plus particulièrement le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) doivent être cohérents avec le SROS.

L'ARS dispose donc d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements et les inciter à coopérer pour améliorer la prise en charge du patient. Le directeur de l'ARS a le droit de demander aux établissements la création d'une CHT ou d'un GCS ou même fusionner deux établissements. A ce titre, la loi HPST consacre une partie des crédits d'aide à la contractualisation à la coopération, et ces crédits sont mis à la disposition du directeur général de l'ARS qui détermine les grandes orientations en matière de coopération hospitalière grâce au projet régional de santé. La loi HPST a encouragé les logiques de réseau, afin de permettre, entre autres, la réduction des coûts de production et le partage de ressources (notamment les plus coûteuses ou rares d'entre elles, tels les équipements lourds et les médecins aux expertises très pointues).

Pour inciter les établissements à s'engager dans des projets de coopération, la loi prévoit des aides et des incitations financières. En 2011, un guide méthodologique est publié par l'Agence nationale d'amélioration de la performance (ANAP), véritable mode d'emploi de la coopération à destination des établissements et des agences régionales de santé (ARS).

La loi HPST est une révolution en matière de coopération hospitalière dans le paysage hospitalier français. Le législateur a pensé à plusieurs outils de coopération pour répondre aux objectifs d'amélioration et de coordination de l'offre de soins.

## **1.2.2 Les conditions de la collaboration entre SSA et service public hospitalier :**

La coopération entre le service de santé des armées et le service hospitalier public n'est pas nouvelle, elle a évolué sous le signe de la réciprocité et de la concertation telles qu'elles sont définies dans le décret n° 74-431 du 14 mai 1974.<sup>13</sup>

### **1.2.2.1 Principe de réciprocité :**

Le décret de 14 mai 1974 prévoit la mise à disposition des armées, par les établissements d'hospitalisation participant au service public hospitalier public ou privé, d'un certain nombre de lits destinée à pallier l'absence de structure hospitalière militaire de proximité, ou à remédier pour une éventuelle saturation des hôpitaux des armées et à faire face à une arrivée massive de blessés ou malades.

L'article 12 de ce décret stipule que « dans les localités où il n'existe pas d'Hôpitaux des armées et dans celles où les possibilités d'accueil et de traitement sont insuffisantes pour répondre aux besoins des armées, les établissements assurant le service public hospitalier sont tenus de recevoir et de traiter les malades et blessés militaires qui leur sont envoyés par l'autorité dont ils relèvent ».

Cette mise à disposition de moyen par le service public hospitalier au profit de santé des armées est réglée par des conventions signées par les autorités militaires (directeurs du service de santé en région militaire ou maritime ou les médecins chefs directeurs des hôpitaux des armées) et civiles compétentes (directeurs des établissements publics et privées).

Les admissions dans les hôpitaux des armées, effectuées au titre de participation du service de santé des armées au service public hospitalier, sont-elles aussi soumises à la passation de convention entre le médecin chef de l'hôpital d'instruction des armées et l'établissement concerné. Cependant les hôpitaux des armées peuvent recevoir aussi sans formalité particulière toute personne dont l'état de santé constitue un cas d'urgence ou de détresse médicale.

---

<sup>13</sup> Décret n° 74-431 du 14 mai 1974 abrogeant certaines conditions du code de la santé publique et fixant les conditions de la coopération du SSA et du service public hospitalier.

### 1.2.2.2 *Principe de concertation :*

Les lois de 1970 et 1991 avaient pour objectif l'optimisation de l'offre de soin en l'adaptant aux besoins de la population. Il est nécessaire de chercher une plus grande cohérence du réseau de soins, non seulement, en identifiant les établissements de santé mais aussi, en précisant les relations qu'ils doivent entretenir. C'est dans ce but qu'ont été mis en place des instruments de concertation et de collaboration.

Le décret du 14 mai 1974 consacre l'application du principe de concertation dans les relations de service de santé des armées avec le service public hospitalier dans les domaines de :

- l'élaboration de la politique de coordination des équipements sanitaires civils et militaires.
- La mise en œuvre concrète de cette politique

Le principe de la concertation s'exprime à travers l'institution d'une commission composée de représentants du service de santé des armées et des divers services ministériels concernés (santé, affaires sociales). Cette commission « Santé Défense » en application de l'article 13 du décret de 1974, est appelé a donné son avis sur la création des centres hospitaliers mixtes dont une partie des personnels soignants sont militaires et les personnels administratifs appartenant à la fonction public hospitalière. Ce principe apparait dans certaines décisions conjointes du ministre de Défense et celle de Santé destinés à régler les modalités de coopération entre le service de santé des armées et le service public hospitalier.

L'application du principe de concertation se traduit par l'emploi généralisé de conventions. Ces conventions fixent la nature des services et le nombre maximum des lits mis à la disposition du service public.

Les possibilités de concertation entre les établissements de santé sont restreintes, en effet, d'une part les conventions doivent être conformes à des conventions types dont les modèles sont fixés sur proposition d'une commission mixte paritaire composée de six représentants du service de santé des armées et six fonctionnaires de la santé publique. D'autre part, l'autorité de tutelle des établissements publics qui est le ministre chargé de la santé peut les contraindre à signer une convention s'il estime qu'elle est nécessaire.

### 1.2.3 *Les différents modes de coopération en santé publique :*

La loi HPST décrit les différents outils de coopération en santé publique et les décline en deux catégories : des outils de coopérations conventionnelles et des outils de coopération organiques.

Plus de 15 outils sont à la disposition des établissements de santé pour développer leurs coopérations parmi celles citées dans le code de santé publique.

#### 1.2.3.1 *Les outils traditionnels :*

##### **\* La convention :**

La convention est un outil classique de coopération inter-hospitalière. C'est un accord cadre qui permet de définir le type, le cadre et les conditions générales de la collaboration entre les parties. Ce document sert de fondement, au fur et à mesure du développement d'actions communes. Il ressemble à un contrat entre les acteurs concernés sans créer une entité juridique. La convention a été toujours considérée comme étant l'outil le plus simple et plus rapide.

### **\*Le groupement d'intérêt public (GIP):**

Les groupements d'intérêt publics sont apparus pour la première fois par l'article 21 de la loi du 15 juillet 1982<sup>14</sup> sur la recherche et le développement technologique de la France. Devant les avantages de cette structure tel que la souplesse de fonctionnement, le caractère conventionnel permettant une coopération entre les entités publiques et privées autour d'un projet commun tout en sauvegardant l'intérêt général, le législateur en a étendu les possibilités de création à d'autres domaines par des lois spécifiques. Et parmi ces domaines, on trouve la santé publique (la loi du 23 juillet 1987)<sup>15</sup>.

Ils ont pour objet de favoriser la coopération des personnes morales publiques et privées qu'ils regroupent en leur sein pour gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun. Le Conseil d'État, dans une étude de 1996, a reconnu leur utilité tout en souhaitant une clarification de leur statut. On peut citer comme exemples les agences régionales de santé ou les maisons des services publics.

Dans le domaine sanitaire et social, l'objectif du GIP est d'exercer en commun des activités comme des actions de recherche, de développement technologique, de formation ou de gestion commune des équipements ou services à intérêt commun. Le GIP avait ses modes d'organisation et de fonctionnement propres à sa structure juridique et son durée de vie doit normalement être limitée puisque le but est de parvenir à un objectif spécifique.

La constitution d'un GIP, ne paraît pas la plus adaptée pour le développement des coopérations sanitaires. Le caractère temporaire de sa durée de vie ne lui permet pas de développer un projet médical partagé qu'il conviendrait de nourrir et de faire progresser. Le Groupement d'intérêt public met en commun des moyens propres à plusieurs hôpitaux pour atteindre un objectif de court ou moyen terme.

### **\*Le groupement d'intérêt économique (GIE):**

Les GIE ont été créés par l'ordonnance du 23 septembre 1967<sup>16</sup> modifiée par la loi n°89-377 du 13 juin 1989<sup>17</sup>. Ce sont des personnes morales du droit privé. Ils permettent également la coopération entre personnes publiques et privées dans le but de mettre en œuvre les moyens propres pour faciliter ou de développer l'activité économique de leurs membres, améliorer et accroître les résultats de l'activité sans toutefois réaliser des bénéfices sauf à titre accessoire.

Dans le champ sanitaire, social et médico-social, le GIE n'exerce pas les missions d'un établissement de santé, il a principalement pour objet d'acquérir ou de gérer des équipements d'intérêt commun comme le bloc opératoire, Scanner, IRM et autres équipements et matériels lourds, de mutualiser des moyens humains, matériels, locaux ou de fournir aux établissements des prestations et services auxiliaires à leurs activités respectives. Le GIE ne doit être qu'un prolongement des activités de ces membres et sa fonction est auxiliaire car chacun de ces membres conserve une totalité d'indépendance dans la conduite de ses activités.

### **\*Le groupement de coopération sanitaire (GCS) :**

Le GCS est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, et également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé.

---

<sup>14</sup> Loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.

<sup>15</sup> Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.

<sup>16</sup> Ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique

<sup>17</sup> Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967.

La nature juridique du GCS dépend de la nature des personnes qui le composent. La nature juridique du GCS détermine les règles budgétaires et comptables applicables au groupement. Il s'agit d'une structure de coopération qui a pour objet de « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres »<sup>18</sup>. Le champ d'action du GCS est très vaste puisque sous réserve de dispositions contraires spécifiques, toutes les activités, fonctions ou missions de ses membres peuvent être confiées à un GCS.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a refondu le cadre juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS). Elle distingue désormais, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

- **Le GCS de moyens** : est la forme de droit commun des GCS, il est la forme la plus utilisée par les établissements de santé et la moins contraignante à mettre en œuvre. Il permet de mutualiser des moyens de toute nature : Moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux ; Équipements (équipements d'imagerie, plateaux techniques...), et moyens immobiliers, fonciers ou encore systèmes d'information... ; Le GCS des moyens est constitué dès l'élaboration de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé. A compter de cette date, le GCS acquiert la personnalité morale.

La mise en commun de moyens concernant également les fonctions administrative, logistique, technique ou médico-technique, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires aux soins (bloc opératoire par exemple), ou encore les activités d'enseignement et de recherche. Aussi de gérer des équipements d'intérêt commun et permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.

Le GCS de moyens permet de constituer des équipes communes de professionnels médicaux, tous statuts confondus (praticien hospitalier, médecin salarié ou médecin libéral) qui vont pouvoir intervenir sur l'ensemble des patients hospitalisés dans les établissements de santé membres du groupement. Il peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore, il peut être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale.

- **Le GCS-Etablissement de santé** : La loi HPST est venue confirmer la possibilité pour certains GCS, extrêmement aboutis et intégrés, d'aller plus loin dans leur coopération autour du soin, et d'être érigé en établissement de santé.

Les GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins de droit privé sont érigés en établissements de santé privés, les GCS de droit public sont érigés en établissements publics de santé. Ils appliquent à ce titre les mêmes droits et obligations que tout établissement de santé. Cette possibilité est ouverte pour répondre à la double exigence de sécurisation des conditions de prise en charge des patients et de simplification des modalités de gestion de ces coopérations. En revanche si le GCS a pour objet de délivrer des soins, il doit détenir une autorisation d'activités de soins et, dans cette hypothèse le groupement bascule des règles de droit du GCS de moyens à celles du GCS-Etablissement de santé.

Le GCS-Etablissement de santé est financé sur le fondement des règles tarifaires des établissements de santé, c'est-à-dire selon le cas et sans lien avec sa nature juridique, sur l'échelle tarifaire publique ou privée. Le GCS-établissement de santé constitue l'innovation majeure de la loi HPST puisque le patient est désormais hospitalisé directement par la structure de coopération qui est responsable de l'intégralité de sa prise en charge. Il s'agit donc d'un outil de coopération très structurant qui favorise les démarches de recomposition de l'offre de soins sur un territoire.

---

<sup>18</sup> Article L.6133-1 du code de la santé publique.



Il faut mentionner la possibilité pour un réseau de santé de se constituer sur le support juridique d'un GCS. Dans cette hypothèse, le GCS-Réseau de santé fonctionne sur le même fonctionnement que le GCS de moyens mais a pour membres ceux des réseaux de santé. Il s'agit du mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés puisque près de 2/3 des GCS constituent des coopérations public/ privé.

La gouvernance du GCS repose sur une assemblée générale composée de l'ensemble des membres du groupement pour prendre toute décision qui intéresse le GCS. Les droits statutaires des membres du GCS sont proportionnels à leurs apports au capital, ou à défaut de capital, à leurs participations aux charges de fonctionnement du groupement. Ils sont fixés dans la convention constitutive. Un administrateur est élu par l'assemblée générale, Il est désigné pour mettre en œuvre les décisions de l'assemblée générale ainsi que toutes les autres matières de la convention constitutive.

### **1.2.3.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) : Un nouveau cadre de coopération hospitalière**

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les GHT sont un dispositif conventionnel obligatoire entre les établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune du patient, formalisée dans un projet médical partagé<sup>19</sup>. Il s'agit d'un nouvel outil de coopération dédié aux établissements publics de santé, se substituent aux communautés hospitalières introduites par la loi HPST. Ainsi depuis cette date, près de 900 établissements publics de santé se sont regroupés en 135 GHT<sup>20</sup>.

Cette réforme, qui est le fruit de la volonté de développer une stratégie hospitalière territoriale, suit une double ambition. D'une part, il s'agit d'imposer une meilleure coopération afin de faciliter la prise en charge par les établissements qui ont des spécialisations différentes. D'autre part, il s'agit d'impulser une dynamique de regroupement afin de générer des économies d'échelles sur les services supports.

Les GHT n'ont pas de personnalité morale. Son objectif est de favoriser l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à travers l'élaboration d'un projet médical partagé. Tous les établissements publics s'inscriront, sans exception, dans un « système » permettant au patient d'accéder à des compétences variées et des soins de gradation différents en fonction de l'évolution de ses besoins. Le groupement hospitalier de territoire permet d'offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit pour les patients.

En principe le GHT est obligatoire pour tous les établissements publics de santé, mais il laisse en revanche de la souplesse dans sa configuration puisque les établissements ont la liberté de choix des partenaires et/ou associés.

Le GHT vise tous les établissements publics de santé, sauf dérogation tenant à leur spécificité dans leur offre de soins territoriale. Il est également prévu que les hôpitaux de service de santé des armées puissent être associés à l'élaboration de projet médical partagé du GHT sous réserve de l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) et du ministre de la Défense.

On distingue 2 statuts d'établissements dans le GHT:

\* **Les établissements parties** : statut accordé à toute catégorie d'établissement public de santé partie à une convention de GHT. Un établissement ne peut être partie que d'un seul GHT, mais peut, en revanche, être partenaire ou associé d'autres GHT.

---

<sup>19</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de système de santé.

<sup>20</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

\* **Les établissements partenaires ou associés** : il s'agit des autres acteurs institutionnels de santé qui prennent part à la conception et la mise en œuvre du projet médical partagé et des structures de soins qui ne sont pas membres du GHT, soit parce qu'elles n'ont pas le statut d'établissements publics sanitaires ou médico-sociaux, soit parce qu'elles sont déjà parties à un autre GHT.

Le principe fondateur des GHT est le projet médical partagé, et afin que ce projet médical partagé puisse être en place<sup>21</sup>, il est notamment prévu :

- Une uniformisation des outils de travail tel que le système d'information hospitalier, le département d'information médicale de territoire et les achats. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, le système d'information convergent du GHT devra se déployer, comprenant des applications identiques pour chaque domaine fonctionnel et tous les établissements partis devront utiliser un identifiant unique pour le patient.
- Les achats aussi font partie de la mutualisation, du point de vue de la stratégie d'achat, de la planification et de la passation des marchés, du contrôle de gestion des achats et de l'approvisionnement d'où la nécessité d'un plan d'action des achats territoriale.
- Une procédure conjointe de certification par la HAS.
- Des mutualisations possibles sur d'autres fonctions support.
- Un modèle de gouvernance adapté : la désignation d'un établissement support pour les activités mutualisées au sein du GHT. Les décisions mises en œuvre par l'établissement support sont préparées avec un comité stratégique composé des directeurs, présidents des commissions médicales d'établissements et commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au GHT.
  - La mise en place d'équipes médicales communes et la possibilité de constituer des pôles inter-établissements. Les établissements parties au groupement pourront organiser entre eux des pôles visant à gérer une activité médico-technique comme la biologie, l'imagerie et la pharmacie ainsi que des activités cliniques.
  - La mise en œuvre d'une procédure claire et adaptée de répartition des emplois médicaux et de candidature des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement pour permettre d'accompagner opérationnellement le processus de création des GHT et de garantir aux praticiens la lisibilité des modalités d'engagement dans la mise en place du projet médical du GHT.
- Un allègement des procédures de transfert et cession d'autorisations.

La convention constitutive de GHT peut prévoir des délégations et transfert d'activités entre les membres, ainsi que la mutualisation de système d'information de territoire, du politique d'achats, de la formation initiale et de développement professionnel continu et enfin sous la coordination de CHU membre du GHT, des missions de formation initiale médicale, de recherche et de gestion de la démographie médicale.

Le GHT est matérialisé par la convention constitutive constituée de deux volets : Le projet médical partagé et un volet relatif à l'organisation et le fonctionnement du GHT et surtout aux compétences délégués à l'établissement support de GHT. Cette convention est conclue pour 10 ans et publié par l'ARS sur son site internet.

Pour ses instances, le GHT est doté d'un comité stratégique qui se compose des directeurs et des présidents des instances médicales et soignantes des établissements membres du GHT. Il comporte

---

<sup>21</sup> Décret n° 2017-701 du 02 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

également un collège ou une commission médicale de groupement. Les compétences et la composition du collège médical est librement déterminées par la convention constitutive et les représentants médicaux des établissements partenaires ou associés au groupement disposent d'une présentation dans le collège médical du GHT.

Face aux défis que doit relever notre système de santé, la coopération « *apparaît comme une nécessité peu contestable dans un système sanitaire morcelé, cloisonné, concurrentiel, s'organisant rarement de façon spontanée en une construction cohérente* ». <sup>22</sup>

La création des GHT est une des mesures les plus structurantes et les plus ambitieuses de la loi de modernisation de notre système de santé et les coopérations sont indispensables dans la mesure où elles constituent un moyen efficace de pallier aux difficultés actuelles et à venir du milieu sanitaire. Elles sont également une réponse adoptée aux objectifs nationaux portés dans la stratégie nationale de santé.

---

<sup>22</sup> M.Dupont, hôpital public et coopération sanitaire, RDSS, 2015 p. 23

## 2 L'ouverture du service de santé des armées au service public hospitalier

### 2.1 Particularité de service santé des armées (SSA) :

#### 2.1.1 Une organisation centralisée :

Le SSA est l'une des composantes du système de défense nationale, c'est un service interarmées, placé sous l'autorité du chef d'état-major des armées (EMA) pour ce qui concerne l'emploi de ses moyens au profit des forces et sous celle de la ministre des Armées et pour ce qui concerne sa participation au système national de santé. Il est formé de 15 500 personnes, dont 70 % de militaires et 60 % de personnels féminins, auxquelles il faut ajouter près de 3 000 réservistes<sup>23</sup>.

EN 1968 les trois services de santé des armées ont fusionné formant ainsi Le service santé des armées, il a réorganisé ses effectifs et ses moyens pour répondre aux différents missions des armées. Depuis le 03 septembre 2018, une nouvelle gouvernance a été mise en place dans la volonté de s'adapter en permanence pour accomplir la mission de soutien médicale des forces armées. La nouvelle organisation de service santé des armées se base sur cinq directions et d'une chaîne ressources humaines par la création d'un département rattaché à la direction centrale.

Les cinq piliers du service de santé des armées sont :

#### **- La direction de la médecine des forces (DMF)**

Elle assure un rôle de direction et d'appui auprès de ses unités : les 17 centres médicaux des armées (CMA), les chefferies du service de santé (force d'action navale, forces sous-marines, forces spéciales), et le service de protection radiologique des armées (SPRA). Elle porte en particulier la responsabilité de leur préparation à l'engagement opérationnel.

#### **- La direction des hôpitaux (DHOP)**

La DHOP assure son activité avec ses 8 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) et Le service des archives médicales hospitalières des armées (SAMHA) lui est directement rattaché.

#### **- La direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI)**

La DFRI, créée sur le site du Val-de-Grâce (ancien HIA fermé depuis 2016), est chargée de contribuer à l'élaboration des politiques du SSA en matière de formation, de recherche et d'innovation. Cette direction a aussi pour mission d'organiser et dynamiser la culture de l'innovation en santé au sein du SSA.

#### **- La direction des approvisionnements en produit de santé des armées (DAPSA)**

La DAPSA a pour rôle de permettre aux forces armées de bénéficier des produits de santé nécessaires au soutien du blessé et du malade sur tous les théâtres et malgré toutes les conditions.

#### **- La direction des systèmes d'information et du numérique (DSIN)**

La DSIN est chargée des systèmes d'information et du numérique

#### **- Le département de gestion des ressources humaines (Dép GRH).**

Le département de ressources humaines a été créé en tant que chaîne RH, rattaché à la direction centrale et il met en place un type de gestion « métier ».

---

<sup>23</sup> Compte rendu de l'assemblée nationale de 17 janvier 2018.

Le SSA est financé d'une part, par les recettes de l'assurance maladie et d'autre part, par le budget de l'Etat. Ainsi, le SSA repose une enveloppe budgétaire annuelle forfaitaire pour les hôpitaux d'instructions des armées. Cette allocation est décidée par la direction centrale et versée pour chaque HIA mensuellement pendant dix mois à partir de janvier. L'organisation est totalement centralisée, les achats et les approvisionnements sont effectués par la DAPSA, le personnel est géré par un département rattaché directement à la DCSSA, et tous les projets sont soumis à l'approbation de la direction centrale.

Les HIA sont des organismes subordonnés techniquement et hiérarchiquement à la direction centrale du service santé des armées donc du ministère de la Défense nationale. Ils ne disposent pas de la personnalité morale donc ils ne sont pas dotés de l'autonomie administrative et financière comme les établissements sanitaires publics. Cela constitue un obstacle dans le cadre des partenariats, de par l'existence de capacités d'actions très différentes. Le fait que les hôpitaux militaires n'ont pas de personnalité morale distincte de celle de l'Etat implique que la gestion de ressources humaines, notamment le recrutement, l'avancement et les mutations, relève de l'administration centrale. Les HIA ne constituent pas strictement des établissements publics. L'article L6112-2 du code de santé public dispose que le SSA peut être chargé d'assurer ou contribuer à assurer en fonction des besoins de la population, les missions de service public mentionné dans l'article L6112-1 du CSP.

L'instruction (IM) 500 du 01 mars 2005<sup>24</sup>, précise que les hôpitaux militaires sont placés « sous la direction d'un officier de 4<sup>e</sup> grade du corps des médecins des armées désignés par le ministre de la défense. Celui-ci est responsable devant le ministre du fonctionnement général de l'hôpital » et puisque l'HIA n'a pas la personnalité morale, le médecin chef n'assume que la gestion de l'hôpital et du personnel, la signature de certaines conventions et certaines coopérations de formation. Contrairement à un hôpital public la gestion d'un HIA est assurée par un médecin et non pas un administratif.

## **2.1.2 Missions prioritaires :**

La mission prioritaire du SSA est d'assurer le soutien sanitaire des forces armées et plus particulièrement les soins aux militaires blessés. Parallèlement, le SSA doit d'une part, assurer ses missions propres et d'autre part, participer au service public hospitalier avec les moyens dont il dispose.

### **2.1.2.1 Mission propre SSA :**

Le service santé des armées assure en temps de paix et en toutes circonstances et en tous lieux, le soutien sanitaire de l'armée (l'armée de Terre, de l'armée de l'Air, de la Marine et de la Gendarmerie) et de tous les organismes placés sous l'autorité du ministère de la défense. Sa mission prioritaire est le soutien médico-chirurgical, en toutes circonstances, des forces armées françaises. Cela signifie que le SSA soutient les activités des forces armées pendant les opérations intérieures ou extérieures, en tous milieux particuliers – dans le froid, le chaud, en montagne, en forêt, dans le désert, en milieu aéronautique, en mer et sous la mer – ou encore dans des contextes sécuritaires difficiles. Son organisation lui permet d'assurer un soutien compétent en matière de soins, d'aptitude médicale et d'expertise, de prévention, d'enseignement et de recherche dans les domaines médicaux, pharmaceutique, paramédical et vétérinaire.

Cette mission débute avec la préparation médicale du combattant, intègre les soins aux militaires blessés ou malades et s'étend aux soins de suite et de réhabilitation, jusqu'à la réinsertion professionnelle et sociale.

Pour accomplir sa mission le service de santé des armées a organisé une chaîne santé complète et autonome, de soins, d'expertises, de formation, de ravitaillement en produits de santé et de conseil au commandement, pour remplir cette mission. Par ailleurs, les effectifs constituant la force militaire française sont protégés par l'application des mesures de médecine préventive, par la pratique de visites ou d'examen systématiques, ainsi que par la mise en œuvre de vaccination.

---

<sup>24</sup> IM n° 500/DEF/DCSSA/HOP portant règlement général des hôpitaux d'instructions des armées.

De plus on peut ajouter à ses missions propres du service, des activités de formation, de réforme, d'expertise, avec parfois des situations bien établies, comme pour l'évaluation de l'aptitude de personnel navigant et éventuellement des opérations extérieures particulièrement importante.

### **2.1.2.2 Mission extérieure aux armées :**

Le SSA intervient auprès de nombreux organismes extérieurs en métropole ou outre-mer. Plus particulièrement, les missions de coopération au profit du ministère des affaires étrangères, de la coopération et des départements et territoires d'outre-mer. Cette coopération a pour objectif essentiel d'assurer le soutien médical des populations.

Ces missions permanentes se complètent des participations occasionnelles en France ou à l'étranger :

En France, le SSA assure l'organisation et la sécurité médicale lors des grandes manifestations sportives et culturelles et apporte une contribution conséquente dans le domaine de la santé publique et dans la mise en œuvre des plans gouvernementaux de gestion des risques, destinés à faire face aux risques nucléaire, radiologique, chimique et biologique d'origine accidentelle ou provoquée.

A l'étranger, dans le cadre des interventions en opérations extérieures (OPEX), le service santé des armées (SSA) participe également à des missions humanitaires au profit de populations victimes des conséquences d'un conflit armé ou sinistrés à la suite d'une catastrophe naturelle, d'une famine ou d'une épidémie. La France a été toujours en première ligne pour encourager les contributions aux opérations de paix de l'ONU dont les forces du SSA sont pré-positionnées. Chaque déploiement sur le terrain des forces françaises est accompagné d'une équipe sanitaire qui assure le soutien aux troupes et l'aide médicale aux populations locales avec des budgets spécifiques : consultations, soins, interventions chirurgicales, fourniture des médicaments et d'articles pharmaceutiques, évacuation de malades et de blessés.

Le SSA représente environ 1000 personnels répartis dans le monde en posture opérationnelle : 800 d'entre eux sont en opérations extérieures ou sont des forces pré-positionnées, 200 sont en attente d'un départ et ont le rôle de variable d'ajustement pour des renforts en situation de crise ou de premières forces vives envoyées sur les lieux d'un nouveau théâtre d'intervention. Pour les missions extérieures, une équipe formée de professionnels de différents établissements de santé militaires est créée et projetée. Le SSA a mis en place un hôpital à Kaboul qui est une structure qui pourrait être comparée à une grande unité d'hospitalisation de courte durée, que l'on trouve en France dans les services d'accueil d'urgences. Avec un maximum de 30 lits, dont 7 de type réanimation et 3 blocs opératoires. L'hôpital a pour mission de prodiguer les soins nécessaires à un rapatriement sécurisé et rapide des blessés. Le rôle du SSA à l'étranger ne concerne pas uniquement les forces militaires car il apporte également un soutien médical aux personnels des ambassades et organisations non gouvernementales.

Cette mission régaliennne constitue la raison d'être du SSA. Elle implique d'apporter à chaque militaire exposé à un risque lié à son engagement opérationnel, un soutien santé garantissant la prévention efficace ainsi que la meilleure qualité de prise en charge en cas de blessure ou de maladie, afin de préserver ses chances de survie et, les moindres séquelles tant physiques que psychologiques. Elle se traduit par le déploiement d'une chaîne médicale complète et autonome qui assure la prise en charge optimale et continue des militaires blessés depuis le lieu de la blessure, jusqu'à leur réhabilitation complète, sur le territoire national, dans un hôpital d'instruction des armées (HIA). Cela nécessite une grande réactivité d'intervention et de déclenchement rapide d'opérations extérieures comme ce fut le cas de l'opération Serval lancée en 72 heures par le Président Hollande en janvier 2013.

Le SSA, en tant qu'acteur de la résilience de la Nation, prend toute sa dimension lors de la survenue de situations sanitaires exceptionnelles et sa capacité dans la gestion de crise. C'est à ce titre que le SSA a contribué, en 2014, à la politique nationale de lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola, cela s'est notamment concrétisé par le déploiement, en Guinée, dans un délai court d'un centre de traitement des

soignants (opération Tamarin) et par la prise en charge en France, et avec succès, par l'HIA Bégin, des deux seuls patients infectés rapatriés sur le territoire national. Plus proche, en 2015, les deux hôpitaux militaires Percy et Bégin ont appuyé le service public de santé lors des attentats qui ont marqué la capitale, en prenant en charge dans la nuit du 13 novembre, 52 blessés, dont 18 urgences absolues sur les 98 qui ont été dénombrées dans les hôpitaux franciliens.

### 2.1.3 La catégorisation des bénéficiaires :

L'instruction n° 400/DEF/DCSSA du 23 mars 1993<sup>25</sup> fixe les règles administratives et financières d'accès aux soins du service santé des armées, qui se caractérise par sa catégorisation des bénéficiaires du droit aux soins qui comporte :

\* **Les bénéficiaires obligés** : Ils disposent d'une priorité absolue d'accès aux soins : les militaires d'activité, les anciens appelés pour une affection ou accident survenu pendant le service national, les fonctionnaires de la poste ou bien de la trésorerie aux armées, les jeunes convoqués pour participer aux opérations de sélection, les candidats à l'engagement et aux préparations militaires. De plus, les militaires des armées ennemies prisonniers de guerre, les militaires de la disponibilité et de la réserve. Concernant cette catégorie, le budget de la défense assure la prise en charge totale des frais de soins engagés en milieu militaire ou civil conventionné.

\***Les bénéficiaires de droit prioritaires** : Les militaires de carrière atteints d'affections non imputables au service, les magistrats militaires, les fonctionnaires aux armées pour les affections non imputables au service, les élèves non militaires des établissements militaires d'enseignement, les anciens appelés pour des affections ou accidents survenus pendant le service national, les élèves et stagiaires militaires étrangers, les militaires des armées alliées en cas de conflits.

\***Les bénéficiaires réglementaires** : Le personnel requis en cas de conflit à la suite des armées ayant accès à toutes les prestations de soins, les familles d'active, des magistrats militaires, des fonctionnaires des armées, les personnels civils du ministère de la défense en activité et leur famille, les militaires retraités et leurs famille, les militaires hors cadre et leur famille, les bénéficiaires de l'article L115, les gens en mer en activité ou en retraite et leur famille, les personnels civils du ministère de la défense retraités et leur famille, les familles des militaires étrangers en service en France et résidant avec eux, tous personnels civils de l'Etat en activité ou en retraite.

\***Les bénéficiaires à titre exceptionnel** : Les ressortissants étrangers et tous les civils de nationalité française.

A travers ces différentes catégories, on constate la multiplicité et la diversité des bénéficiaires du droit aux soins dans le service de santé des armées, chose qui fait sa particularité par rapport aux différents établissements de soins du service public hospitalier.

Les hôpitaux militaires, dans le cadre de leur large ouverture au service public, reçoivent aussi les personnes admises dans le cadre de la participation du service de santé des armées au service public hospitalier par le biais des conventions avec les établissements civils, ainsi que les urgences ou détresses médicales. Dans chaque convention le HIA doit mentionner qu'il peut suspendre sa participation afin d'accomplir sa mission prioritaire. Néanmoins, cette ouverture au profit de la clientèle civile se déroule selon la disponibilité des lits, les HIA accueillent en priorité leurs patients obligés.

En effet, le respect de la mission prioritaire de service santé des armées explique la présence des règles spécifiques dans l'accès aux hôpitaux d'instructions des armées. Le décret du 22 novembre 2005<sup>26</sup> et le

---

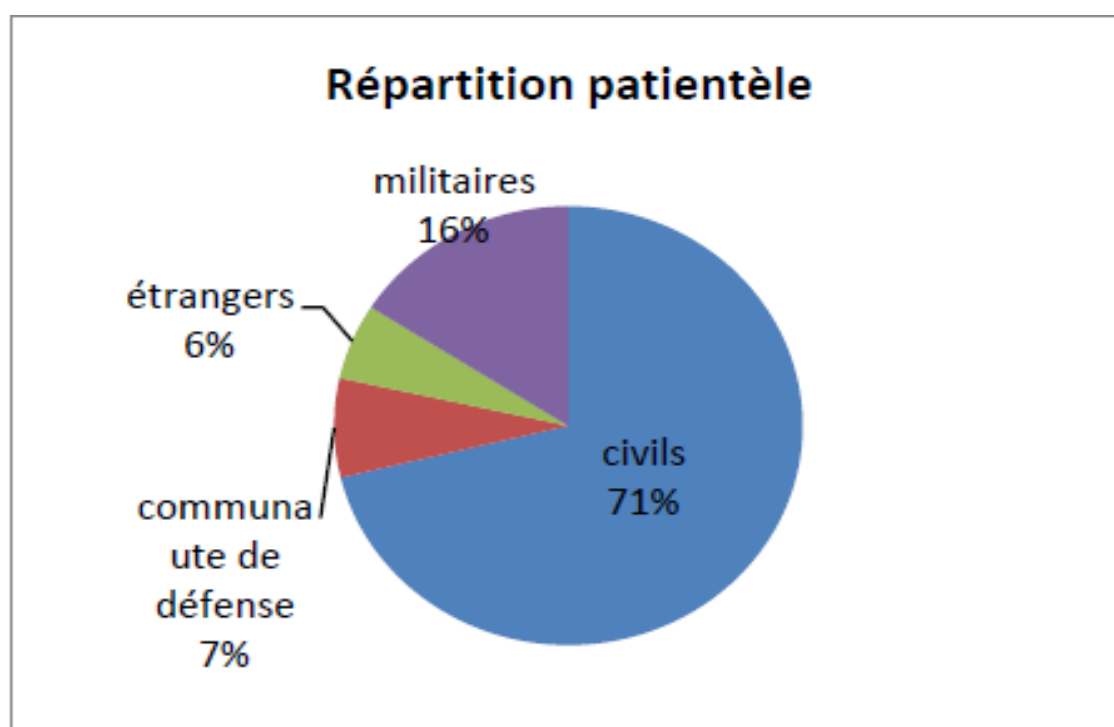
<sup>25</sup> L'instruction n° 400/DEF/DCSSA du 23 mars 1993 fixe les règles d'accès aux soins du SSA.

<sup>26</sup> Décret n° 2005-1441 du 22 novembre 2005 relatifs aux soins du service de santé des armées.

décret du 30 janvier 2012<sup>27</sup> fixent la priorisation des patients dans l'accès aux hôpitaux militaires, sauf que les militaires et leurs ayants droit dans les HIA ne représentent que 20% des patients<sup>28</sup>. Ce faible pourcentage encourage à ouvrir les portes des HIA au public afin de maintenir les compétences et la technicité des praticiens qui seront projetés en opération.

Au travers de ses hôpitaux, le service de santé des armées s'est très largement ouvert aux activités non militaires en accueillant une patientèle civile dont la proportion s'est accrue surtout au cours des dernières années. Cette évolution résulte d'une part de l'excellent niveau des prestations délivrées par les hôpitaux militaires, qui sont très reconnus dans le milieu civil, d'autre part, d'un choix délibéré du service de santé, d'assurer à ses hôpitaux un volume d'activité suffisant pour rentabiliser les équipements et entretenir la pratique des équipes chirurgicales et surtout apporter désormais au service de santé la majorité de ses ressources financières.

### Graphique réalisé concernant l'hôpital d'instructions des armées Bégin à Saint Mandé<sup>29</sup>



Le graphique ci-dessous, montre la nette différence entre le nombre des patients civils qui sont à charge de remboursement et les patients militaires ayant bénéficié des différentes prestations médicales. 84% de la patientèle de l'hôpital des instructions Bégin sont des civils soit de la population sur le territoire soit des personnels civils qui travaillent au sein du ministère de la défense appelé « communauté de défense ». Seul le pourcentage de 16 % des patients sont des militaires.

Beaucoup de raisons sont à la base de cette nouvelle évolution, D'abord, les personnels de la Défense ou leurs ayants-droits ne sont pas tenus de s'adresser à un hôpital militaire, sauf si l'accident ou la maladie est imputable au service, et ils peuvent être hospitalisés dans un établissement de leur choix. Les assurés sociaux du régime général ou des autres régimes civils ont également le libre choix et peuvent être hospitalisés dans les hôpitaux militaires. Ensuite, la réduction progressive du nombre

<sup>27</sup> Décret n°2012-117 du 30 janvier 2012 relatif à la contribution du service santé des armées à la politique de service publique cosigné par le ministre de la défense et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

<sup>28</sup> Chiffre de service santé des armées repris par la cour des comptes dans son rapport du 07 octobre 2010.

<sup>29</sup> Graphique réalisé par le service du contrôle de gestion de HIA Bégin le 31 mai 2019



d'appelés du contingent et des effectifs militaires en général, a entraîné comme résultat la réduction du nombre de journées d'hospitalisation à charge du service de santé, qui représente l'activité spécifiquement militaire des hôpitaux des armées, alors que l'activité " remboursable ", c'est-à-dire au profit des assurés sociaux dans les conditions de droit commun, augmente.

Seule une ouverture à la patientèle civile, qui représente aujourd'hui plus de 80% de l'activité des HIA, permet de garantir la diversité des pathologies traitées et de maintenir au plus haut niveau de technicité les spécialistes hospitaliers. Cette participation au service public hospitalier se traduit par l'accueil de tous les assurés dans les HIA, et s'est manifestée par la création des services des urgences (SAU). Ces SAU sont intégrés dans l'organisation de l'urgence médicale, ils travaillent en étroite collaboration avec les services de secours civils. Ils fournissent une part importante des hospitalisations et encore, constituent une nécessité pour la formation et le maintien du potentiel des équipes hospitalières et les préparent aux missions extérieures.

Les HIA disposent de moyens humains en personnel médical et paramédical, de moyens financiers et techniques nécessaires pour offrir aux patients une prise en charge adaptée. C'est pourquoi les HIA s'adaptent à une médecine de haute technicité par la modernisation de leurs plateaux techniques afin de s'engager dans une démarche d'évaluation et amélioration de la qualité de leurs prestations, pour répondre aux besoins courants de la population et faire face à un afflux massif des blessés. Il faut noter que la médecine hospitalière militaire connaît depuis plusieurs années une profonde réforme, avec une diminution des effectifs et un repositionnement en proximité des forces armées et de leurs lieux de rapatriement et les hôpitaux d'instructions des armées sont devenus des terrains de stage dans le cadre des formations soignantes ou médicales civiles.

## 2.2 Un partenariat renforcé entre SSA et système public hospitalier :

### 2.2.1 Les types de coopérations privilégiées par la DCSSA :

La DCSSA a fait parvenir aux établissements hospitaliers une directive relative aux relations du service santé des armées avec les agences régionales de santé. La directive<sup>30</sup> rappelle que « *les médecins chefs des hôpitaux des armées sont encouragés...et doivent rechercher en permanence une meilleure intégration dans le système de santé local...* ». C'est la première fois que le SSA affiche clairement une politique d'ouverture, pour cela les HIA sont appelés à identifier les interlocuteurs de santé au sein des ARS géographiquement compétentes et cibler la personne responsable de l'organisation des soins pour une participation active des HIA dans le territoire de santé.

Des conventions particulières permettent depuis longtemps aux HIA de profiter de complémentarités avec les établissements publics ou privés de santé en mutualisant des moyens, des services ou des personnels. Certains équipements et activités rares des hôpitaux militaires (caissons hyperbares, équipements nucléaires, radiologiques, bactériologiques et chimiques, traitement des brûlés) font par ailleurs l'objet de coopérations au niveau régional.

De manière générale, la directive précitée du 17 janvier 2011 incite les hôpitaux à développer la coopération avec les autres structures locales de santé. Elle les invite notamment à recourir aux formules traditionnelles comme les conventions de coopération et à participer aux réseaux de santé. L'adhésion à un groupement de coopération sanitaire, formule plus intégrée, est elle aussi encouragée.

En matière de coopération, le SSA incite à la transparence vis-à-vis de la santé publique tout en préservant les moyens capacitaires dans le cadre du contrat opérationnel. A partir de cette nouvelle

---

<sup>30</sup> Directive n° 111/DEF/DCSSA/AJA/2D du 17 janvier 2011.

politique quels sont les types de coopérations privilégiés par la direction centrale de service santé des armées ?

La DCSSA rappelle trois types de coopération applicables aux HIA :

**\* La convention de coopération :**

Cet outil est utilisé depuis longtemps par les HIA. En effet, le régime juridique simple et souple des conventions de partenariat permet de préserver l'autonomie du service santé des armées. Chaque convention des HIA contient le fameux dernier article « *Toutefois, si des impératifs de défense venaient à l'exiger, L'Etat (ministère de la Défense) pourra résilier cette présente convention sans préavis et sans que l'autre partie puisse prétendre à un quelconque dédommagement* ». C'est pour cela que la convention est le mode la plus privilégié.

Pour la coopération inter hospitalière, la convention est un accord cadre qui définit le type et les conditions générales de la collaboration entre le HIA et l'établissement hospitalier civil. Les conventions de les HIA sont très diversifiées comme par exemple le transfert des patients, les équipes spécialisées, co-utilisation des équipements lourds, la stérilisation et le laboratoire... ; Chaque convention est négociée et signée par le médecin chef d'établissement mais elle doit être transmise à la DCSSA pour approbation préalable.

La forme conventionnelle réside dans la souplesse et la simplicité de l'outil puisqu'il n'a pas une nouvelle personnalité morale mais elle ne présente pas la sécurité juridique, notamment lorsqu'il s'agit d'acquérir des moyens. Les services de l'Etat ne peuvent pas engager des deniers publics en vue d'acquisition de matériels dont l'utilisation sera partagée avec un établissement public.

Par exemple l'hôpital d'instruction des armées Bégin utilise beaucoup cet outil de coopération pour établir des relations collaboratifs avec les hôpitaux de proximité, des dizaines de conventions sont établies avec les hôpitaux Saint Louis et Cochin pour les prélèvements de tissus, Henri Mondor pour les analyses biologiques, la gériatrie, les urgences, et les pathologies cardiaques ; avec l'hôpital Saint Antoine en neurochirurgie, les hôpitaux Tenon et Hôtel dieu pour l'ophtalmologie.

**\* Les groupements de coopérations sanitaires :**

La DCSSA fait une propre lecture de la loi HPST, qui stipule que le GCS est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux<sup>31</sup>, pour cela le SSA autorise les HIA à être membre dans les GCS. Les médecins chefs peuvent intégrer des groupements de coopérations sanitaires si cela apporte des intérêts pour les services de l'hôpital comme les activités de logistiques tel que la Blanchisserie, le traitement des déchets, l'hôtellerie et la cuisine, ou l'utilisation partagée des équipements lourds détenus par les HIA tel que l'IRM, le scanner et le robot chirurgical. La convention constitutive de GCS des moyens doit être transmise à la direction centrale pour approbation avant la signature.

Le GCS des moyens présente un inconvénient pour les partenaires parce qu'il ya la constitution d'une nouvelle personnalité juridique. Pour autant, cet outil apparait la plus adapté aux besoins du SSA, surtout dans le cas d'acquisition de nouveaux matériels. Par exemple le SSA ne peut pas investir dans un système d'information dans le cadre de partenariat sous une autre forme que le GCS.

---

<sup>31</sup> Article L 6133-1 du code de la santé publique.

### \* Les réseaux de santé :

Remplacé par la loi HPST par les réseaux de soins, c'est le fait de s'inscrire dans une dynamique territoriale ou les praticiens hospitaliers peuvent recruter les patients que les médecins de ville les envoient. Le médecin de ville peut toujours exercer une influence implicite sur le parcours de patient.

Depuis la directive de 17 janvier 2011, on remarque une évolution importante dans les relations qui peuvent entretenir les HIA avec les établissements de santé de territoire et l'ARS, et même les médecins chefs sont encouragés à se rapprocher des instances régionales de santé. Les hôpitaux militaires ont cherché à réduire leur isolement et à attirer une nouvelle patientèle en signant des accords avec des structures civiles voisines ou en développant l'accueil des urgences. Ils se sont ainsi progressivement ouverts à de réelles coopérations avec les autres structures hospitalières, tant publiques que privées.

### 2.2.2 Le modèle « SSA 2020 » :

Le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013 rappelle le rôle essentiel joué par le SSA dans la stratégie de défense et de sécurité nationale en tant qu'acteur déterminant de l'engagement opérationnel des forces. La réforme hospitalière est une mission importante donnée par le ministre de la défense pour le directeur central du service de santé des armées afin de définir un nouveau modèle de service porté par le projet « SSA 2020 » ,

Le ministre de la défense a mandaté le directeur central du SSA pour « mener un projet novateur qui doit constituer une nouvelle étape dans la transformation du service », sa lettre de mission précise que ce projet « s'articulera autour de deux piliers majeurs que sont la médecine au profit des forces armées et la médecine hospitalière dont il s'attachera à améliorer le service rendu et accroître l'efficacité globale. Pour ce faire, il inscrira son action dans les politiques de la santé publiques, dans une démarche pleinement consentie et en parfaite synergie. Tout en conservant les marges de manœuvres indispensables à l'action du ministère, il nouera des liens privilégiés avec l'ensemble des acteurs de la santé, notamment afin de s'insérer dans l'offre de soins territoriale ».

Dans ce cadre, la composante hospitalière du SSA doit être réformée car elle est en lien étroit avec le service public de santé et doit trouver des solutions privilégiant le recentrage des capacités techniques et établir des liaisons avec la santé publique et doit être ouvert à la communauté de défense comme à la population des territoires de santé. Ce projet ambitieux « SSA 2020 » dresse l'état actuel des HIA :

- Etablissements de petite ou moyenne taille (200 à 400 lits et places) disposant d'un large éventail de spécialités sans rapport avec le contrat opérationnel ;
- Leurs infrastructures sont anciennes et les besoins pour la remise à niveau sont particulièrement élevés
- Tous les hôpitaux se trouvent dans une situation difficile, concernant certaines spécialités médicales et paramédicales essentielles au contrat opérationnel ;
- La situation financière du dispositif hospitalier militaire reste « déficitaire » ;
- Enfin, l'insertion des hôpitaux militaires dans le secteur public de la santé est récente, inégale entre les établissements et limitée.

Et parmi les évolutions proposées par le projet de service « SSA 2020 » deux axes sont proposés :

- Le premier axe dévolution est celui des hôpitaux de plateforme réunissant les hôpitaux des armées qui assurent la partie opérationnelle, c'est-à-dire ceux qui entrent en premier sur un théâtre d'opérations extérieures (OPEX). Tout en s'inscrivant comme acteur à part entière dans leurs territoires de santé. Ce positionnement ne peut être atteint qu'au travers de synergies étroites avec les acteurs du territoire.

-Le second axe est celui des hôpitaux hors plateforme qui ont aussi la responsabilité de participer au contrat opérationnel en contribuant notamment à la projection en relais des hôpitaux plateformes. Ils fournissent ainsi les personnels permettant de régénérer les équipes projetées.

Ces deux axes se construisent autour de trois principes fondamentaux :

La concentration qui vise à recentrer les activités du service santé des armées sur le besoin actuel et à venir des forces armées, et à densifier ses équipes et ses structures afin de respecter le contrat opérationnel. Cette concentration se fait sur le cœur de métier de le SSA, sur ses compétences essentielles au soutien santé des forces armées, pour optimiser l'utilisation de ses propres ressources.

L'ouverture a pour objectif de rompre avec l'isolement historique du SSA, notamment dans les territoires de santé, pour s'inscrire dans la réforme des parcours de soins et ainsi garantir un seuil d'activités indispensable pour maintenir les compétences. Elle vise à un nouveau positionnement du SSA dans l'offre de soins nationale, les hôpitaux militaires sont depuis la publication de la loi de modernisation de notre système de santé, considérés comme des acteurs à part entière de service public hospitalier<sup>32</sup>.

Le SSA a un triple objectif : être un acteur à part entière de la santé publique, au quotidien et en cas de crise ; être au cœur des réseaux et établir des partenariats étroits ; et enfin jouer un rôle expert dans la communauté de santé afin de préparer le système national de santé à participer à l'effort de défense.

Enfin, la simplification, qui est la condition indispensable pour mettre en œuvre le modèle « SSA 2020 » et qui vise à réformer la gouvernance, simplifier les organisations.

### **2.2.3 Les relations entre le service santé des armées et le Groupement hospitalier de territoire :**

La notion d'insertion est devenue centrale dans le cadre de la mise en œuvre du modèle «SSA 2020 ». Cette insertion trouve son sens depuis que la loi de modernisation de notre système de santé donne une place aux hôpitaux des armées comme acteurs de plein droit du service public hospitalier. Il s'agit de développer des partenariats avec les structures publiques de santé, ces perspectives de collaboration doivent être encadrées dans des dispositions conventionnelles et recevoir un cadre législatif et réglementaire pour consolider ces collaborations et les rendre pérennes.

#### ***2.2.3.1 L'association à l'élaboration du projet médical partagé :***

L'article L.6132-1 du code de la santé publique crée les GHT et liste les possibilités d'adhésion, d'association et de partenariats aux GHT. Cette nouvelle forme de coopération est créée suite à l'approbation par le directeur général de l'ARS compétente de la convention constitutive. L'élaboration et la conclusion de la convention constitutive du GHT est le cœur de la démarche de création du GHT. Elle est définie par l'article L.6132-2 du code de santé publique et elle est constituée de deux volets :

- Un volet relatif au projet médical partagé et le projet de soins partagé associé conçu pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours. Le projet médical partagé présente les orientations stratégiques des établissements de santé au sein d'un GHT et définit la stratégie médicale du groupement.

-Un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement comprenant la liste des instances communes du GHT et les modalités de désignation des représentants qui seront membres dans ces instances.

---

<sup>32</sup> Article L.6112-3 du code de la santé publique.

Conformément à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, la convention constitutive doit également comporter les compétences déléguées à l'établissement support du GHT. Tous les établissements publics de santé sont obligés à être parties à un GHT et il ya d'autres établissements qui ont des particularités pour adhérer à un groupement hospitalier de territoire :

- Les établissements publics en psychiatrie peuvent après accord de DGARS dont dépend l'établissement support, être associé à l'élaboration du projet médical partagé ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration de projet médical partagé du GHT situé sur leur aire géographique d'autorisation.
- Les services médico-sociaux publics peuvent être aussi à une convention de GHT.
- Les établissements privés quel que soit leur statut, peuvent aussi être partenaires d'un GHT avec une convention de partenariat qui prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement et ne se confond pas avec les structures déjà existant entre les établissements publics et privés dans le cadre d'un GCS qui perdurent si les membres qui le constituent ne remettent pas en cause ces coopérations<sup>33</sup>.
- Dans les territoires frontaliers, les établissements de santé situés dans l'Etat limitrophe peuvent s'associer à un GHT par voie conventionnelle.

L'article L.6132-1 du code de la santé publique précise les liens que chaque type d'établissement peut avoir avec les GHT. Il a été convenu, pour des raisons de volonté d'insertion dans leur territoire de santé<sup>34</sup>, que les hôpitaux des armées soient associés à l'élaboration du projet médical partagé. Cette association ne peut intervenir qu'après autorisation de la direction centrale du service de santé des armées et l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support de GHT concerné. Par ailleurs, l'association à l'élaboration du projet médical partagé qui est un document précisant la stratégie médicale du GHT par filières est indispensable aux hôpitaux des armées dans le cadre de leur participation au service public hospitalier.

Les hôpitaux des armées peuvent s'associer à certaines filières de soins décrites dans les différents projets médicaux partagés qui répondent soit directement ou indirectement au contrat opérationnel à l'exception des filières portant sur l'hospitalisation à domicile et sur les activités de prise en charge médico-sociale.

### **2.2.3.2 La création du statut de membre associé :**

Cette association s'inscrit au sein des coopérations déjà existantes entre le ministère de la santé et le ministère de la défense. Depuis ces dernières années on remarque une évolution des relations entre les deux ministères qui se sont nettement renforcées, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 a ouvert la possibilité de disposer des outils juridiques permettant de renforcer la complémentarité des actions des deux acteurs. L'article L.6112-3 du code de la santé publique dispose que le SSA est un acteur à part entière du service public hospitalier, le ministre de la défense a souhaité aller au-delà de la simple association à l'élaboration du projet médical partagé. Pour cinq de ses hôpitaux (Clermont-Tonnerre à Brest, Desgenettes à Lyon, Lavéran à Marseille, Legouest à Metz et Sainte-Anne à Toulon), le SSA a souhaité qu'ils soient intégrés au maximum dans le dispositif.

Le GHT n'a pas la personnalité morale donc la convention constitutive est déterminante, elle doit détailler les modalités de pilotage du groupement et préciser le rôle des différentes conférences introduites par les textes ainsi que le rôle de l'établissement support qui est chargé d'assurer certaines fonctions pour les établissements parties. L'établissement support dispose d'un statut particulier par rapport aux autres parties au GHT. Le risque d'une mutualisation uniquement au niveau de

---

<sup>33</sup> Cette précision est importante dans le cadre de GCS BAHIA conclu entre HIA Robert Piqué et la maison de santé protestante Bagetelle.

<sup>34</sup> Le IV de l'article L.6132-1 du code de la santé publique.

l'établissement support est d'aboutir à un établissement support hypertrophié et des établissements parties réduits à l'état de succursales.

Parmi les cinq instances de gouvernance créées au sein des GHT et qui participent au pilotage, le SSA a convenu que les HIA avec l'accord de ses partenaires soient au moins représentés au sein de ces trois instances : Le comité stratégique, le collège ou commission médicale de groupement et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du groupement. Au minimum le médecin-chef de l'hôpital, le directeur médical et le directeur des soins représentent les hôpitaux des armées dans ces trois instances. Cette participation très active aux instances de gouvernance montre que malgré la position d'autonomie adoptée par le SSA, il est nécessaire de s'intégrer aux standards et règles de santé publique pour d'une part, des raisons de la sécurité des patients et d'autre part, du contexte concurrentiel dans lequel s'inscrivent tous les hôpitaux avec la mise en œuvre de la T2A.

Il a été créé au sein de la convention constitutive un statut propre aux hôpitaux, qui est celui de membre associé. Compte tenant de leur nature, ce statut exclut les hôpitaux des armées de certaines obligations auxquels les établissements parties sont assujettis et les inclut dans les domaines dans lesquels leur intégration est possible et bénéfique pour le GHT et l'HIA. Pour cette raison le SSA, en accord avec le ministère de la santé a jugé nécessaire que les hôpitaux des armées, membres associés, signent la convention constitutive de GHT. Cela explique la forte intégration des hôpitaux des armées au sein du territoire et leur contribution dans la prise en charge de la population.

La convention constitutive pose les grands principes de l'association au GHT qui seront par la suite mieux détaillés dans une autre convention dite d'association, signée entre l'établissement support du GHT qui a le pouvoir de conclure des conventions pour les établissements parties et l'hôpital des armées. La convention d'association inclut les conditions de la mise en œuvre de l'association, les possibilités de délégation pour les hôpitaux des armées de certaines activités et fonctions et leurs modalités et conditions. Cette convention a pour objet de prévoir les règles qui régissent les relations entre les hôpitaux des armées et les GHT. Cette convention est exhaustive, elle définit les règles applicables aux relations entre le GHT et les HIA dans les domaines autorisés et elle ne contraint pas les relations entre les partenaires. Par contre il est possible de les faire évoluer par voie d'avenants. Toute évolution souhaitable d'une convention doit être soumise à l'étude de la direction centrale du service santé des armées afin de s'assurer à sa faisabilité politique et juridique. C'est à cause de leur statut de service de l'Etat dépourvu de la personnalité morale que les hôpitaux d'instruction des armées ne peuvent pas s'engager dans des domaines non spécifiés dans les documents constitutifs du GHT ou non approuvés par leur autorité de tutelle. Les relations entre les hôpitaux des armées et les GHT sont initialement régies par des conventions, en clauses contractuelles, qui obligent les établissements signataires à respecter leurs engagements et assumer leurs responsabilités.

## **2.2.4 Des partenariats civils et militaires déjà engagés :**

### **2.2.4.1 *Convention entre le SSA et la FHF: une complémentarité renforcée***<sup>35</sup>

Le mercredi 21 juin 2017, le président de la fédération hospitalière de France et le directeur central du service de santé des armées ont signé, au CHR Metz –Thionville, une convention de partenariat qui concrétise leur coopération. C'est une étape essentielle qui s'inscrit dans le cadre du modèle « SSA 2020 » et qui marque le rapprochement entre le secteur de la santé civil et le service de santé des armées. Puisque depuis 2013, le SSA s'est clairement engagé dans une double stratégie de concentration de ses moyens sur sa mission opérationnelle et d'ouverture aux acteurs civils, en particulier aux acteurs du monde la santé, Ce partenariat signé entre le SSA et la FHF marque un nouvel engagement de la part de ces deux acteurs en faveur des patients civils et militaires.

---

<sup>35</sup> Communiqués de presse de la fédération hospitalière de France le 26 juin 2017.

Cette convention relève d'une contribution réciproque très prometteuse :

- le SSA, en se basant sur ses expertises particulières, ses savoir-faire ou encore sa capacité de réaction et de projection, apporte à la FHF une capacité d'appui dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles ;
- la FHF apporte son soutien à la mission spécifique de Défense du SSA. Elle intègre le SSA comme un acteur à part entière dans les territoires de santé, en lui permettant d'accéder aux larges ressources du système national de santé et elle lui donne un accès privilégié aux réseaux de soins et à l'innovation en santé, ainsi les 1500 établissements sanitaires et 3800 établissements médico-sociaux adhérents de la FHF seront plus sensibilisés aux enjeux de défense et pourront soutenir la mission opérationnelle de le SSA.
- La convention facilite enfin l'accès à la réserve opérationnelle en particulier à celle du SSA pour les professionnels de la fonction publique hospitalière qui souhaiteraient la rejoindre.

La signature de cet accord de partenariat, à Metz, sur le site d'un ensemble hospitalier civil et militaire (EHCM) officialise une coopération ancienne et fructueuse entre la FHF et le SSA et illustre la volonté de ces deux partenaires de contribuer activement à la mise en œuvre de ce nouveau concept.

En plus de cette convention entre le SSA et la FHF, on trouve au sein du SSA, les partenariats en cours suivants<sup>36</sup> concernant les hôpitaux des armées hors plateforme et qui sont présentés selon leur degré croissant d'intégration.

#### **2.2.4.2 Le partenariat entre l'hôpital des armées Desgenettes et les hospices civils de Lyon (HCL) :**

Ce partenariat récent naît plus particulièrement entre l'HIA Desgenettes et l'hôpital Edouard Herriot qui appartient aux HCL. Dans ce cadre, l'HIA Desgenettes développera un pôle de médecine interne polyvalent, en plus, une équipe civile et militaire de territoire commune sera constituée pour l'accueil d'urgence sur le site des deux établissements. En outre, la spécialité défense sera prise en compte par le développement au sein de Desgenettes d'un plateau technique de consultations externes spécialisées au profit de la communauté de défense mais également ouvert au territoire de santé ainsi qu'un pôle de réhabilitation des blessés militaires associant soins de suite et de réadaptation spécialisée et psychiatrie que les HCL peuvent les renforcer si besoin.

De plus des mutualisations et coopérations concernant les fonctions supports sont en cours d'être mises en place, notamment celles qui concernent la biologie, les systèmes d'information et les activités de pharmacie à usage intérieur ou la gestion commune des situations exceptionnelles.

#### **2.2.4.3 Le partenariat entre l'hôpital des armées Legouest et le CHR Metz-Thionville :**

Le jeudi 6 février 2014, un partenariat original entre l'hôpital public et le service de santé des armées vient d'être conclu entre le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville et l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, en présence du Ministre de la Défense. C'est un accord-cadre qui s'inscrit en cohérence avec les orientations stratégiques de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) du Sillon Lorrain qui réunit le CHR de Metz-Thionville et le CHU de Nancy depuis 2011.

Le ministre de la défense a déclaré que cette coopération « *vient conforter l'insertion de votre hôpital dans l'offre de soins locale (...) elle est une garantie du meilleur pour la patientèle de défense et la population messine* ».

---

<sup>36</sup> Source : actu santé

Les deux établissements s'engagent à organiser le travail de leurs équipes de soins en réseau territorial civil et militaire dans toutes les spécialités et à mutualiser la permanence des soins dans le plus grand nombre de disciplines pour mieux répondre aux besoins de santé de la population Nord-Lorraine. Pour cet objectif, ils mettent en synergie les compétences et les activités de proximité et de référence développées par chaque structure et ils travaillent sur la complémentarité et la coordination des expertises et des moyens matériels se retrouvent dans le projet médical commun de chaque établissement. L'alliance se décline selon les missions de soins, d'enseignement et de recherche.

D'abord, pour les missions de soins cela englobe la prise en charge des urgences et la permanence des soins, la mise en commun et mutualisation des plateaux techniques pour favoriser leur optimisation, la Collaboration des disciplines médicales présentes sur les deux établissements ( Urgences, Réanimation, prise en charge des brûlés, Dermatologie, Médecine interne, Hépatogastro-entérologie et Chirurgie digestive, Chirurgie orthopédique, Cardiologie, ORL , Ophtalmologie, Odontologie, Médecine physique et réadaptation, Psychiatrie, Imagerie, Laboratoires Pharmacie). Des équipes communes ont déjà été constituées en dermatologie et chirurgie orthopédique.

Ensuite, pour la mission d'enseignement, il s'agit de la collaboration en matière de formation des internes et étudiants, des médecins et assistants des deux établissements, et la formation des personnels non-médicaux et en fin, pour la mission de recherche, ils travaillent sur la mise en commun de moyens et de compétences pour assurer et développer un projet commun de recherche clinique.

Un comité de pilotage commun préside au suivi des coopérations entre les deux établissements. Cette initiative est soutenue par l'ARS et respecte les contraintes spécifiques du Service de Santé aux Armées dans le cadre du projet Service de Santé du Ministère de la Défense, et les orientations de la Stratégie Nationale de Santé définies par le Ministère de la Santé.

#### ***2.2.4.4 Le partenariat entre l'hôpital des armées Clermont-Tonnerre et le CHRU de Brest :***

Initié dès 2008 avec notamment le service des urgences, ce partenariat a véritablement été précurseur dans les coopérations au sein du secteur public de santé. L'HIA Clermont-Tonnerre et le CHRU de Brest sont les deux volontaires et impliqués dans leur partenariat. Lorsque le premier devient un acteur à part de l'offre de soins, le second s'investit dans la participation à la mission défense, dans ce cadre le HIA renforce ses activités particulières de médecine physique et de réadaptation et de psychiatrie ainsi que le plateau de consultations externes et les fonctions supports et médico- technique.

Depuis 2016 et dans le cadre de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, l'hôpital militaire de Brest a développé son partenariat avec le centre hospitalier universitaire de Brest. Dans cette ville, où la base navale est le premier employeur avec plus de 21000 personnels présents chaque jour sur place, les liens entre les Brestois et cet établissement de santé sont très forts. En effet, l'hôpital militaire assure 10 à 15 % de l'offre de soins<sup>37</sup>. Le travail partenarial renforcé entre l'HIA et le CHU, d'une part pour faire face à des situations de crise car la base navale peut être une cible d'attaque terroriste dont il faut prévoir et organiser la gestion des victimes nombreuses. L'HIA propose dans ce cadre une formation annuelle au damage control au CHU. D'autre part, dans le cadre de la gradation des soins sur le territoire, une réorientation des activités et un repositionnement des moyens de l'hôpital sont en cours pour se concentrer sur des prises en charges dans lesquelles les services militaires sont experts comme la chirurgie lourde et la prise en charge psycho-traumatique par exemple.

---

<sup>37</sup> Intervention du Dr Rémi MACARAEZ, médecin général de HIA de Brest lors du colloque « les hôpitaux de l'extrême » EHESP novembre 2018.



### **2.2.4.5 Le partenariat entre l'hôpital des armées Robert Picqué et la maison de santé protestante Bagatelle (MSPB) :**

Un partenariat s'est engagé depuis 2012 dans le cadre d'un GCS de moyens de droit privé intitulé « BAHIA », et renforcé par les deux établissements qui ont des nombreuses actions de coopérations depuis vingt ans et ils présentent des similitudes en ce qui concerne leur taille et le bassin de population de recrutement.

Dans ce cadre de ce partenariat, actuellement les activités réalisées par l'hôpital Robert Picqué vont être dispensées au travers des équipes civiles et militaires au sein de GCS. Cet accord permet de renforcer l'offre de soins du territoire et d'appréhender les axes stratégiques qui soutiendront le futur ensemble hospitalier civil et militaire qui sera situé sur le site de la MSPB à l'horizon 2021. Après la création des GHT, le GCS « BAHIA » travaille en collaboration avec le GHT « Alliance –Gironde » auquel il est associé à des activités médicales, médico-techniques, d'enseignement et de recherche.

Les partenariats présentés ont des degrés d'intégration variables, et ils sont la preuve que les relations qui peuvent être créées dans le cadre des GHT ne correspondent pas exactement à la volonté affichée des deux ministères. En effet, la participation des HIA aux GHT ne permet pas d'exiger aux établissements du GHT des actions liées aux contraintes induites par la mission de défense.

Des réflexions pu être engagées entre les services de la DGOS et ceux de DGSSA afin de mettre en valeur cette volonté de partenariats privilégiés entre les HIA et leurs établissements partenaires, qui sont principalement les établissements support de leur GHT. Parmi ces réflexions celle d'afficher un effet de marque pour que la population puisse identifier ces nouvelles entités tout en préservant l'identité militaire. Pour cela ils ont décidé de dénommer ces partenariats privilégiés «ensembles hospitaliers civils et militaires », pour développer des synergies fortes entre les établissements dont la complémentarité est un atout majeur, d'une part pour le SSA, dans le cadre de sa mission de soutiens sanitaires des forces armées, et d'autre part, pour les établissements civils dans le cadre de l'amélioration de la défense sanitaire.

Ces ensembles hospitaliers civils et militaires qui seront constitués uniquement par deux établissements, et non pas d'une dizaine comme dans le cas des GHT, peuvent être la réponse à la réforme de la composante hospitalière militaire telle que définie dans le modèle « SSA 2020 », et peuvent également garantir sa réponse aux besoins des armées, en permettant la maintenance des compétences de leur personnels, proposant une offre de soins de proximité plus diversifiés ou encore en prévoyant une participation active des établissements civils à la formation et à la recherche<sup>38</sup> au profit de la médecine des forces. Parallèlement les hôpitaux des armées trouveront leur place dans leur territoire de santé au regard de cette nouvelle relation basée, structurée et formalisée qui engage de nouvelles responsabilités territoriales. Ces réflexions qui sont en cours et qui prévoit à afficher clairement les objectifs et les responsabilités de chacun des établissements dans ces ensembles, sont confrontées à des divers obstacles.

## **2.2.5 Les difficultés rencontrées interdisant une participation intégrative au sein des GHT :**

### **2.2.5.1 La nature même des objectifs du SSA complexifie la participation intégrative dans les GHT :**

Le service santé des armées a un statut et une mission incompatibles avec le principe des GHT. En effet, le projet de service « SSA 2020 » ou encore le livre blanc sur la défense et la sécurité

---

<sup>38</sup> En appui de l'EVDG et de l'institut de recherches biomédicales des armées.

nationale rappellent que la mission prioritaire du SSA est le soutien sanitaire des forces armées. L'article R.3233-1 du code de la défense assigne au SSA trois missions principales, ce service « assure les soins aux personnes ; il prescrit les mesures d'hygiène et de prévention et participe à leur exécution et à leur contrôle ; assure l'expertise, l'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé ». Donc la vocation du SSA est avant tout, de pourvoir au soutien sanitaire des forces armées.

D'un autre côté, la mission des établissements de santé dans le cadre de leur regroupement au sein des GHT est celle de redéfinir le maillage territorial afin de garantir une offre de soins équitable et de qualité sur le territoire national. Pour cela la création des GHT a pour objet de développer les stratégies médicales et soignantes de territoire, garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et surtout élaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités.

Le modèle « SSA 2020 » impose au SSA l'application de deux principes en apparence opposés. La mission de soutien sanitaire des forces armées suppose que le SSA concentre ses moyens sur certains de ses hôpitaux pour garantir sa mission prioritaire. Et au même moment et d'une façon paradoxale, il lui est demandé de s'ouvrir au monde hospitalier civil en s'intégrant au GHT et en développant des synergies avec les acteurs locaux de l'offre de soins et se concentrer à des objectifs qui ne sont pas les siens. Les objectifs du SSA montrent la difficulté de s'intégrer totalement dans les objectifs du GHT.

### **2.2.5.2 La centralisation de la gestion des ressources humaines militaires :**

Aux termes de l'article L.6141-1 du code de santé publique « *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat (...). Ils sont dotés d'un statut spécifique (...) qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales* ».

L'autonomie administrative citée dans l'article se traduit par :

- L'indépendance organique assurée lorsque les organes dirigeants de ces établissements ne relèvent pas du pouvoir hiérarchique et disciplinaire du pouvoir central.
- Des pouvoirs de décisions propres et indépendants de pouvoir central.
- Des moyens suffisants et garantis par l'autonomie financière et par l'autonomie de recrutement et de gestion de personnel.

Or, que l'absence de personnalité morale des hôpitaux militaires alors que les établissements publics ont l'autonomie administrative et financière constitue un obstacle dans le cadre des partenariats. Même si il est prévu au sein du code de la défense<sup>39</sup> et dans certains statuts particuliers<sup>40</sup> que certains pouvoirs de gestion des ressources humaines peuvent être délégués aux commandants de formations administratives, ces délégations ne concernent pas les actes relatifs au recrutement, à l'avancement et aux mutations. Ce sont ces trois domaines importants qui sont décriés dans le cadre des partenariats. En effet, si le directeur d'un établissement de santé dispose du pouvoir de nomination, le recrutement des personnels militaires et civils de la défense est réalisé par l'administration centrale<sup>41</sup> et il n'a aucun texte qui permet la délégation de cette compétence, et même les mouvements des personnels restent de la compétence de l'administration centrale et non pas les HIA.

Plusieurs raisons justifient la centralisation de la gestion du personnel, d'abord pour remplir le contrat opérationnel, il est indispensable de bénéficier d'une vision globale des effectifs du SSA et de leur répartition sur le territoire national. Seule l'administration centrale connaît les plafonds d'emplois

---

<sup>39</sup> Exemple : Article R.4138-74

<sup>40</sup> Exemple : Article 23 du décret n°2008-961 du 12 septembre 2008 modifié relatif aux militaires engagés.

<sup>41</sup> La direction centrale du service de santé des armées pour le personnel militaire et Direction des ressources humaines du ministère de la défense pour les personnels civils.

ministériels et les besoins à satisfaire au niveau national et la gestion n'a sens que si elle est menée directement par la direction centrale qui détient toutes les informations sur les personnels et décide les mouvements selon l'adéquation poste-profil. Toute délégation va être accompagnée nécessairement des directives très précises et des impératives empêchant un dialogue exhaustif des ressources humaines qui puisse être instauré entre les partenaires.

La réponse à la mission de soutien sanitaire des forces armées ne peut se concevoir que si la gestion des effectifs est centralisée, ce qui pose question dans le cas de la constitution d'équipes de territoire ou de pôles inter établissements mis en place dans le cadre des GHT. Comment gérer les professionnels de ces structures ? Quelles sont les modalités de gestion de ces personnels en termes de recrutement, de notation, de mutation... ?

Pour les établissements parties au GHT, quatre groupes de travail ressources humaines ont été mis en place par la direction centrale de l'offre de soins. Ces groupes traiteront l'impact des ressources humaines pour la mise en place des équipes médicales communes, du dialogue social, des fonctions supports mutualisés et de la formation.

### **2.2.5.3 Des principes financiers spécifiques :**

L'absence de fongibilité dans l'application des règles budgétaires et comptables du service de santé des armées et des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire, et cela est lié à un statut et une mission spécifiques.

#### **2.2.5.3.1 L'état prévisionnel des recettes et des dépenses :**

L'état des prévisions de recettes et des dépenses (EPRD) est défini comme « *l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics* »<sup>42</sup>. L'EPRD donne la prééminence aux prévisions de recettes de l'établissement et à partir desquelles il détermine ses prévisions de dépenses et le résultat qui en découle. Il est mis en place pour développer la réactivité de gestion face à des recettes qui ne sont plus certaines et donc un équilibre qui ne peut plus être garanti.<sup>43</sup>

L'article L.61434 du code de la santé publique prévoit un examen conjoint des EPRD des établissements parties à un GHT. Ainsi le DGARS concerné prend en compte l'ensemble des budgets des établissements pour en apprécier l'EPRD et le plan global de financement pluriannuel. Quant à lui l'article R.6145-12 du code de la santé publique prévoit que soient retracées les dépenses et les recettes imputables aux activités mentionnées aux I, II et III de l'article L.6132-3<sup>44</sup> en un budget annexe. Ce budget peut ne pas retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liés à ces fonctions d'activités, mais seulement les coûts de gestion assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties.

La communication de l'EPRD ou du plan de financement pluriannuel ne concerne que les établissements parties au groupement ; cela veut dire que les hôpitaux des armées sont exclus, pourtant rien n'interdit aux HIA de transmettre les informations à l'établissement support en vue d'une meilleure intégration. Cette communication permet au DGARS d'avoir une vision globale des prévisions financières pour tous les établissements participant au GHT. Toutefois le DGARS n'ayant pas de compétence pour déterminer et allouer le budget des hôpitaux des armées et la communication des

---

<sup>42</sup> Le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publics.

<sup>43</sup> Source circulaire DHOS/F4/DGCP/2008/98 du 25 mars 2008 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

<sup>44</sup> Ces fonctions et activités concernant les fonctions dévolues à l'établissement support, la gestion par l'établissement support des équipes médicales communes et l'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle de biologie médicale et de pharmacie.

informations ne peut servir qu'à ajuster l'EPRD et le plan de financement pluriannuel des établissements parties au GHT. Aucune action ne peut être réalisée sur le budget du SSA par l'ARS.

Malgré qu'ils ne soient pas parties des GHT, les HIA bénéficient des prestations réalisées par le groupement à leur profit, pour ce fait au sein de la convention d'association, les activités et fonctions visées dans le code de santé publique et relatives au GHT et que les HIA ont intérêt à conventionner doivent être mentionnées. Dans ce cadre, il sera nécessaire de prévoir au sein de la convention d'association un remboursement financier du SSA vers le GHT. Le montant de la participation de le HIA aux charges de fonctionnement du GHT se fera selon une clé de répartition à définir. De plus, au sein d'un GHT, les hôpitaux des armées ne pourront participer à la compensation des déficits des uns par les excédents des autres ou bien au risque que le ministère de la défense soit condamné pour subventions déguisées de l'Etat envers les établissements parties au GHT.

L'examen global des EPRD des établissements suppose une solidarité financière entre les parties d'un même GHT, il s'agit de passer d'une stratégie de concurrence à une stratégie de groupe et de complémentarité. Bien que cette solidarité de trésorerie puisse générer des économies, mais elle ne peut pas s'imposer aux hôpitaux des armées qui n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de l'Etat.

#### **2.2.5.3.2 Les limites liées à la fonction achats :**

L'article L.6132-3-1 du code de la santé publique prévoit que l'établissement support assure la fonction achats pour les comptes des établissements parties au groupement.

Conformément à l'article R.6132-16 du code de la santé publique : « 1-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 (...). »*

De plus, la direction générale de l'offre de soins indique que « *dès lors que l'établissement support assure pour le compte des établissements parties les fonctions susvisés, cela signifie que l'établissement support assure le pilotage global de ces fonctions. Les modalités de ce pilotage et son organisation sont à préciser, pour chaque fonction, dans la convention constitutive du groupement. Cela peut notamment se traduire par une mise en œuvre opérationnelle confiée à l'un des autres établissements parties au GHT* »<sup>45</sup>. Et il est également précisé que « *le groupement de commandes constituera un levier essentiel pour la mise en œuvre de la fonction achats, s'agissant de la mutualisation des procédures de passation et d'exécution des marchés* »<sup>46</sup>.

La mutualisation est un terme pas très adopté puisque la loi précise que l'établissement support assure la fonction achats. On assiste donc à un transfert de compétences des établissements parties vers l'établissement support et cela pose beaucoup des interrogations pour les hôpitaux des armées. La mission opérationnelle du SSA impose une rigueur dans sa politique d'achats qui justifie sa centralisation.

La fonction achat hospitalière des armées est centralisée au niveau d'un seul organisme nommée la direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA) qui est

---

<sup>45</sup> GHT, mode d'emploi, Vademecum, ministère des affaires sociales, de la santé 2016, p47

<sup>46</sup> GHT, mode d'emploi, Vademecum, ministère des affaires sociales, de la santé 2016, p62

directement subordonné à la direction centrale de service de santé des armées (DCSSA) et chargée d'approvisionner, d'entretenir, de gérer et de distribuer les dispositifs médicaux, les médicaments et les articles techniques relatifs à la santé nécessaires au fonctionnement des formations relevant du ministère de la défense. Elle participe au soutien médical des forces et ravitaille les unités médicales opérationnelles (UMO), les hôpitaux d'instructions des armées, Les centres médicaux des armées (CMA) et les centres médicaux interarmées (CMIA). Elle réalise par achat ou par fabrication les dispositifs médicaux, accessoires, réactifs, médicaments et articles nécessaires aux besoins de service de santé des armées (SSA) et elle détient des fonctions de centrale d'achats relatifs au segment ministériel dédié au SSA et de grossiste-répartiteur pour les articles et matériels entreposés.

La DAPSA est le seul pouvoir adjudicateur du SSA, et la seule structure qui peut passer les marchés pour les hôpitaux des armées.

Trois principales raisons soutiennent cette position :

- Premièrement, une raison technique, lié à la mise en place de l'outil CHORUS. Le SSA est obligé d'engager tous les marchés passés dans ce logiciel et s'associer aux marchés passés par l'établissement support multiplie les entrées de marchés dans le logiciel, ce qui n'est pas souhaité ni souhaitable par les opérateurs ;

- Deuxièmement, une raison pragmatique, lié à la responsabilité de l'établissement support. Il paraît illusoire de penser que le transfert de compétences se fasse rapidement et d'une façon linéaire. En effet, l'établissement support qui a la charge d'élaborer la stratégie d'achats du GHT devra recueillir tous les données concernant les marchés en cours des établissements parties. Ces données porteront sur les échéances des marchés en cours, l'existence de groupements de commandes et devront être harmonisées et que les systèmes d'informations devront converger pour que le transfert aboutisse ;

-Enfin, une raison fonctionnelle lié à la mission de soutien sanitaire des forces armées. Une association des HIA aux marchés passés par l'établissement support influe sur l'identité militaire et la spécificité du SSA. En effet, la performance des équipes médicales militaires projetées en OPEX, leur réactivité et leur capacité d'adaptation sont dues à l'utilisation des mêmes matériels en métropole qu'en OPEX. Sur le théâtre des opérations, les matériels déployés sont identiques à ceux dans les hôpitaux en France.

Aujourd'hui au niveau du SSA la gestion financière est commune, il existe un système d'information logistique interfacé avec le système d'information achats et également interfacé avec les systèmes d'informations métiers et avec CHORUS. Le système existe et fonctionne, l'intérêt de s'associer aux marchés passés par l'établissement support n'est pas évident sauf si après une étude, cela montre un gain significatif pour le SSA. En outre, le SSA ne peut pas autoriser les HIA à quitter la DAPSA comme centrale d'achat pour s'associer aux marchés GHT car elle risque de perdre l'effet volume et l'effet prix associé.

En revanche, depuis la note de 12 janvier 2018<sup>47</sup>, et dans le cadre de l'adhésion des hôpitaux militaires aux GHT, le pouvoir adjudicateur du SSA, qui est l'autorité en matière de marchés publics, peut décider de déporter un achat auprès de l'établissement support qui assure la fonction achat pour le compte du GHT. Cette note a pour objet de définir le processus décisionnel permettant à un HIA associé à un GHT de disposer de l'autorisation du pouvoir adjudicateur du SSA à entrer dans la procédure d'achat du GHT. Le déport de la fonction achat n'est pas une fin en soi mais un moyen de répondre aux objectifs de performance du ministère des armées et d'efficacité de la fonction achat, il fera l'objet d'une étude préalable présentant l'opportunité du déport et ses conditions. Le déport « achat » se réalise dans le cadre d'un groupement de commande. Une convention de groupement de commande par projet d'achat déterminé doit être établie avant toute procédure d'achat et signée par les pouvoirs adjudicateurs engagés. En alignement, les domaines d'achat ouverts et éligibles au déport achat dans le cadre de

---

<sup>47</sup> Note n°500049/ARM/DCSSA/AA/AP/NP du 12 janvier 2018 portant sur les modalités de demande de coopération achat entre un hôpital militaire associé à un GHT et l'établissement support du GHT.

GHT sont identifiés et répartis par segment, des domaines qui portent surtout sur les prestations de maintenance, technique, de travaux....Une ouverture sur les achats du GHT mais qui reste très cadré, structuré et limité.

Pour toutes ces raisons les HIA ne peuvent pas devenir des établissements parties des GHT, mais puisqu'ils sont considérés, d'après la loi de modernisation de notre système de santé comme des acteurs du service public hospitalier conduit à développer des synergies entre ces hôpitaux et le GHT.

### 3 Etude du partenariat de l'hôpital d'instruction des armées Bégin avec le GHT 94 Nord.

Le GHT 94 Nord est constitué de deux membres fondateurs qui sont :

#### \* Les Hôpitaux de Saint Maurice :

Les HSM ont un statut d'établissement public hospitalier départemental, ils sont issus de la fusion entre l'Hôpital National de Saint- Maurice et l'EPS Esquirol au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ils proposent ainsi une offre de soins répartie entre quatre activités : la psychiatrie enfants et adultes, le traitement de l'insuffisance rénale chronique, les soins de suite et de réadaptation enfants et adultes et la gynécologie obstétrique néonatalogie. Ils disposent également de structures médico-sociales et de deux instituts de formation : l'ENKRE (Ecole Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation) et l'IFSI Jean-Baptiste Pussin.

#### \* Le centre Hospitalier les Murets :

Créé en 1963 à la Queue-en-Brie, le Centre Hospitalier Les Murets (CHM) est l'un des six établissements publics de santé qui couvrent les 17 secteurs de psychiatrie générale du Val-de-Marne. Il répond aux besoins en santé mentale des patients adultes du nord-est du Val-de-Marne (soit environ 326 000 habitants de plus de 20 ans sur 14 communes) et gère cinq secteurs de psychiatrie générale. Le CHM dispose d'un SSR gériatrique localisé au sein de l'hôpital Saint-Camille depuis 2004.

Les Hôpitaux de Saint-Maurice sont en direction commune avec le Centre Hospitalier Les Murets, depuis mars 2017. Ces deux centres hospitaliers appartiennent au GHT94 Nord, pour lequel les Hôpitaux de Saint-Maurice exercent la fonction d'établissement support et l'HIA Bégin est un membre associé.

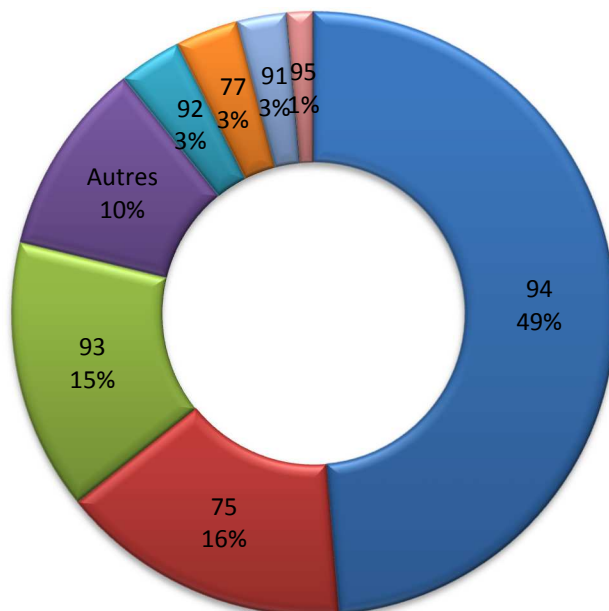
### 3.1 Présentation de l'hôpital d'instruction des armées Bégin :

L'HIA Bégin, situé à Saint-Mandé (94), est un des 9 établissements du parc hospitalier militaire du Service de Santé des Armées. Il porte le nom de Louis-Jacques Bégin (1793-1859), illustre chirurgien et éminent hygiéniste durant la guerre de Crimée. Construit pour l'accueil massif des victimes de ce conflit, l'Hôpital est inauguré en 1858. En 1908, un nouveau pavillon est ouvert afin de prendre en charge les malades contagieux ; la destination de ce bâtiment est modifiée en 1947 afin de créer une maternité militaire. Une première opération de restructuration a lieu en 1970 avec la destruction d'une partie des anciens bâtiments et la construction d'un monobloc central de quatre ailes en forme de croix, sur dix niveaux (660 lits lors de l'ouverture). L'abandon progressif de l'activité de soins dans certains bâtiments historiques, la modernisation de certaines chambres et la disparition des chambres de plus de deux lits ont réduit la capacité hospitalière à 309 lits. Depuis 2007, l'hôpital fait l'objet d'un vaste programme de rénovation de son infrastructure. Cette rénovation offrira au SSA une structure moderne, aux normes actuelles de sécurité et de confort, avec une capacité de 360 lits et places.

Etablissement de type MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), il contient notamment un service des urgences. L'hôpital bénéficie d'un plateau technique adapté à son activité (laboratoires, radiologie, réanimation, Unité de soins intensifs de cardiologie [USIC]). Cette structure lui permet de répondre aux besoins des armées mais également de la population environnante (Saint Mandé, Vincennes et les communes environnantes). D'une capacité de 309 lits et places, il participe à la permanence des soins en nuit profonde en chirurgie orthopédique et en chirurgie viscérale et digestive.

Hôpital de proximité, l'HIA Bégin est implanté dans le territoire de santé du Val-de-Marne (94), défini par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS IDF). La zone d'influence géographique de l'HIA Bégin est une partie du XII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, Saint Mandé/Vincennes/Fontenay-sous-Bois/Nogent-sur-Marne (94) et Montreuil (93).

## Département de provenance des patients hospitalisés



L'HIA Bégin bénéficie d'un recrutement essentiellement local. Pour l'année 2018, environ 24% de ses séjours proviennent de la ville de Vincennes, 15% sont en provenance de la ville de Fontenay-sous-Bois et 10% de Saint-Mandé.

Plus de 50% de son recrutement s'effectue dans les villes entourant Saint-Mandé et au-delà du périphérique (Paris XII et Paris XX). Dans Paris intra-muros, le recrutement est plus limité en raison de la présence de grandes structures comme les établissements St Antoine et Tenon. Au nord de l'établissement, le Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil (CHIM) recrute directement dans la zone de clientèle de l'HIA, où il semble également concurrencé par des cliniques chirurgicales (Floréal, les Lilas dans le 93).

L'HIA Bégin participe aux différentes instances du GHT :

- Le comité stratégique : le médecin-chef, le directeur médical et la directrice des soins.
- Le collège médical : 6 membres désignés par l'HIA
- La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : la directrice des soins (président de la CSIRMT), un membre du collège cadre et un membre du collège IRMT
- La conférence territoriale de dialogue social où 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale de l'HIA Bégin soit 5 sièges.

L'HIA Bégin est très impliqué dans le GHT 94 nord, il convient de souligner que de nombreux partenariats et coopérations existent déjà entre le GHT 94 Nord et l'HIA Bégin dans des domaines aussi divers tel que :

- Convention de partenariat pour la prise en charge des patients victimes d'AVC, l'HIA assurant la phase aiguë et les HSM les soins de suite et de réadaptation ;



- Prise en charge des urgences somatiques pour les patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie des HSM ;
- Partenariat avec la maternité des HSM pour la prise en charge des patientes provenant de l'HIA Bégin nécessitant des soins obstétrique ou gynécologique surtout après la fermeture des maternités des HIA.
- Mise en place d'un parcours de soins des patients issus du GHT 94 Nord devant bénéficier d'une Electro-convulsivo-Thérapie sous Anesthésie générale à l'HIA Bégin.
- Conventions de stages de personnels paramédicaux de l'HIA Bégin au sein du pôle de traitement de l'insuffisance rénale chronique des HSM.

## 3.2 Les domaines de coopération :

### 3.2.1 Le projet médico-soignant partagé :

Le GHT a vocation à conduire les établissements publics de santé à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge graduée du patient, à travers l'élaboration d'un projet médico-soignant partagé. Ce PMSP doit permettre l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, dans une approche orientée patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. A ce titre, les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé de l'offre hospitalière, grâce à la prise en compte de la spécificité de chacun dans leur contribution à l'offre de soins.

L'hôpital d'instruction des armées Bégin qui est membre associé au GHT 94 Nord et conformément à l'article L6132-1 du code de santé publique participe à l'élaboration du projet médical partagé du groupement. Il participe pleinement à garantir le service public hospitalier, à ce titre il est un acteur de l'offre de soins du territoire, de la recherche et de l'innovation en santé, et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Sa mission de soutien en santé des forces armées sur le théâtre national et en opérations extérieur reste cependant sa raison d'être. Ainsi le GHT 94 Nord, contribue au maintien des compétences indispensables au soutien santé en opérations et permet à l'HIA Bégin de concilier continuité des activités et projection opérationnelle.

Le Centre Hospitalier Les Murets et les Hôpitaux de Saint-Maurice établissent un projet médico-soignant partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée. Les deux membres fondateurs du GHT pourront assurer l'ensemble des filières prioritaires retenues avec des partenariats existants et répondre aux besoins en offre de soins des patients de ce territoire. Ils associent l'Hôpital d'instruction des armées Bégin au PMSP en tant que membre associé et partenaire de filières de soins.

Le PMP s'est d'abord construit en juillet 2016 autour de 5 axes stratégiques :

1. Intégrer la prévention dans les parcours de santé par une approche globale de la Santé Publique
2. Développer la prise en charge en ambulatoire et hors les murs
3. Fluidifier les parcours de soins des populations à besoins spécifiques
4. Développer un projet territorial dans les spécialités médico-techniques pour promouvoir l'efficience
5. Renforcer la place des usagers dans la démocratie sanitaire

La réflexion commune a ensuite abouti au 1<sup>er</sup> janvier 2017 à des objectifs médico-soignants et à la définition des filières prioritaires du PMSP.

Les objectifs médico-soignants sont désormais :

1. Intégrer la prévention dans les parcours de santé par une approche globale de la Santé Publique
2. Développer la prise en charge en ambulatoire et hors les murs
3. Renforcer la place des usagers dans la démocratie sanitaire
4. Mettre en œuvre une politique de qualité commune au cœur des parcours de soins
5. Accompagner les personnels dans une démarche managériale en développant les Compétences

Ce projet s'enrichit de la participation du service de santé des armées qui apporte une contribution conséquente dans le domaine de la santé publique, la gestion des risques, destinés à faire face aux situations de crises et aux risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique, d'origine accidentelle ou provoquée.

### 3.2.2 Certification, qualité et gestion des risques :

Selon la Haute autorité de santé, « *la certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS* ».

« *Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte tant sur le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, que la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.* »

Les conditions dans lesquelles cette visite des établissements est préparée et se déroule ont été revues dans le cadre de la constitution des groupements hospitaliers de territoire qui donnent lieu à la mutualisation d'activités de support et à la rédaction d'un programme médico-soignant partagé ; celui-ci comprend nécessairement un volet relatif à la politique qualité et à la sécurité des soins dont la mise en œuvre suppose l'élaboration d'un management territorial pour répondre au caractère au moins en partie synchronisé de la prochaine certification.

**a) Lors de la constitution du GHT, la politique Qualité Gestion des risques n'était pas incluse dans le champ initial des coopérations envisagées entre les établissements parties du GHT et les établissements associés comme l'HIA BEGIN.**

La direction commune HSM – CHM a poursuivi la mise en place d'une direction de la qualité et de la gestion des risques unique pour les deux établissements de santé afin de préparer l'application des dispositions de l'article R. 6132-20 introduit dans le code de la santé publique par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, selon lesquelles « *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* ».

De son côté, l'HIA BEGIN mène une politique Qualité gestion des risques qui lui est propre, en lien ponctuel avec l'HIA PERCY ; celle-ci lui a permis d'être classé en certification A lors de la visite de certification V2014 intervenue en 2016.

**b) Les dispositions de l'ordonnance du 17 janvier 2018<sup>48</sup> modifiant le code de la santé publique conduisent à intégrer l'HIA BEGIN dans la réflexion en cours d'élaboration au sein du GHT.**

L'article 23 de l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides modifie la rédaction de l'article L6132-4 qui dispose désormais que « *la certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les*

---

<sup>48</sup> Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides

*établissements publics de santé parties à un même groupement et pour les hôpitaux des armées associés au 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 et pour chaque hôpital des armées associé au groupement. »*

C'est dans ce nouveau contexte que l'HIA BEGIN a été dès le premier trimestre 2018 sollicité pour intégrer un management territorial de la qualité et de la gestion des risques en cours d'élaboration dans le cadre de la préparation de la prochaine certification commune V2020. Il a ainsi été convenu d'inscrire à l'ordre du jour des instances de pilotage du groupement – comité stratégique, collège médical, commission des soins infirmiers, comité des usagers – la thématique Qualité gestion des risques afin d'échanger sur les options concevables et partager l'information.

**c) Cette coopération avancée avec l'HIA se déroule en effet dans un double contexte d'incertitudes liées d'une part à l'élaboration du manuel de certification V2020 et d'autre part à la gouvernance évolutive de la politique QGR liée à l'acte II des GHT.**

- La HAS a progressivement diffusé auprès des professionnels des informations sur les orientations du manuel en cours de rédaction à ce jour. La logique initiale dite intégrative de la certification V2020 a cependant été atténuée dans un souci de pragmatisme. La volonté du certificateur de se rapprocher des équipes, en réduisant l'aspect technique de la procédure de certification, a conduit à maintenir un compte qualité et une certification propres à chaque établissement du groupement tout en instaurant une continuité entre les visites de certification ; une attention renforcée sera également accordée aux activités donnant lieu à la constitution de filières de territoire. Des thématiques communes aux comptes qualité des établissements du territoire pourraient également être identifiées dans le cadre de la politique de qualité gestion des risques retenue.

Outre ces orientations encore incomplètes, des clarifications sont également attendues quant au calendrier de la prochaine visite de certification et à ses modalités. Les trois établissements ont des niveaux de certification différents (B pour les HSM, C provisoirement pour le CHM, A pour l'HIA BEGIN) qui reportent la prochaine certification entre quatre et six ans. Quel sera le calendrier retenu pour le territoire ? De cette information dépend aussi la mobilisation des équipes.

- L'acte II des GHT, au cœur du projet de loi « Ma santé 2022 », est également susceptible d'avoir des répercussions sur les conditions de la gouvernance et de la mise en œuvre de la politique Qualité gestion des risques. Il en est ainsi de l'éventuelle mise en place d'une commission médicale de groupement, en complément ou à la place des commissions médicales d'établissement existantes, qui serait compétente, selon le dernier état du texte arrêté en commission mixte paritaire début juillet 2019, en matière de qualité et gestion des risques. La question des spécificités des établissements d'instruction des armées, qui ne sont pas dotés à proprement parler d'une commission médicale d'établissement désignant son président et rendant des avis obligatoires en certaines matières, est également à prendre en compte lors de la réflexion à mener sur la gouvernance prochaine du GHT. Une réflexion semblable est à conduire s'agissant de l'association des usagers et de leurs représentants dans la définition des orientations de la politique Qualité gestion des risques.

**d) Dans l'attente de la modification du droit en vigueur, un premier travail relatif au partage des méthodologies et des bonnes pratiques est en cours.**

Tel est le cas s'agissant de la mise en place au second semestre 2019 de patients traceurs dits croisés entre établissements, une équipe d'un établissement du GHT se rendant dans un autre pour effectuer cette investigation.

Un travail méthodologique a également été considéré comme indispensable pour harmoniser les bases méthodologiques des cartographies des risques, de la cotation de la criticité des risques et des plans

d'actions. Un rapprochement des déclarations d'événements indésirables, du formulaire de déclaration à l'organisation des retours d'expérience (REX) des événements indésirables graves, dans le cadre d'une démarche rendue possible par des bases logicielles compatibles, est également arrêté.

Enfin, il apparaît important dès à présent de définir des indicateurs sur les parcours des patients dans le cadre des filières de territoire avec notamment des indicateurs communs agrégés et un accent sur les interfaces entre établissements lorsque le patient change de service. La constitution d'un pôle inter établissements (PIE) gériatrique en février 2019, impliquant la participation de l'HIA BEGIN, constitue la première concrétisation de ce travail. Une préoccupation similaire conduira à échanger sur les instruments utilisés dans chaque établissement pour développer la culture du résultat et de la pertinence des soins demandée par la HAS dans la prochaine version du manuel.

Dans le même temps, un projet de politique qualité gestion des risques de territoire de nature à répondre aux exigences de la prochaine certification est lancé en vue des instances de GHT de fin 2019.

### **3.2.3 Organisation en commun des plateaux techniques :**

Les établissements parties au groupement peuvent organiser en commun les activités d'imagerie, de biologie médicale et les activités de pharmacie. Pour le GHT 94 nord, une convention de collaboration des services d'imagerie médicale portant sur la prise en charge de la patientèle des HSM et la formation des personnels manipulateurs, a été signée par le médecin-chef de l'HIA Bégin et la directrice des Hôpitaux de Saint Maurice, établissement support de GHT.

Chaque établissement dispose d'un service d'imagerie médicale accessible aux patients hospitalisés et externes :

Le service d'imagerie médicale de HIA Bégin fonctionne toute la semaine 24/24 et prend en charge une patientèle adulte. Il est composé d'un plateau technique complet permettant la réalisation des radiographies, d'échographie, de scanners et d'IRM et une unité d'imagerie mammaire complète.

Le service d'imagerie médicale des HSM est ouvert de 8h30 à 17h30, du Lundi au vendredi. Il accueille une patientèle d'enfants et d'adultes, il propose les techniques de radiologie, d'échographie, d'ostéodensitométrie, de scanner et IRM (vacation en partenariat avec un centre privé). En plus des actes d'imagerie générale, l'imagerie médicale des HSM est spécialisée dans la prise en charge des actes interventionnels ostéo-articulaires.

Les deux établissements ont décidé de développer un partenariat et ont signé cette convention qui a pour objet de formaliser leur coopération : Pour Bégin, il doit réaliser les examens de scanner et IRM et tout autre examen de sénologie ou de panoramique dentaire demandé pour les patients des HSM et accueille des manipulateurs afin de conserver leurs connaissances et leurs compétences en techniques scanner et IRM ; Pour les HSM, ils réalisent en fonction de la demande les échographies générales et ostéoarticulaires, les examens interventionnels ostéoarticulaires radio et écho guidés et l'imagerie pédiatrique. L'HIA Bégin met à disposition son IRM et son Scanner une demi-journée par semaine aux radiologues et patients des HSM. En dehors des vacances le HIA Bégin s'engage à prendre en charge les éventuelles urgences des HSM et les HSM peuvent accueillir les manipulateurs de l'HIA Bégin durant leur stage de formation en échographie soit initiale, soit complémentaire.

Afin de garantir la continuité des soins des deux partenaires, ainsi que la coopération des deux équipes médicales, les directions informatiques travaillent en premier temps à la mise en place d'un réseau entre les appareils d'imagerie en coupe et le PACS des HSM pour aboutir à une réelle et complète collaboration en réseau.

Dans cette perspective, d'une part, il est nécessaire de s'interroger sur le transport des patients entre les deux hôpitaux : Comment les HSM et le CHM s'organisent pour accompagner les patients à l'imagerie ? Le GHT est en train d'élaborer un nouveau marché du transport patient pour mieux s'organiser et répondre aux besoins de la charge de travail.

D'autre part, je propose que cette convention doive être évaluée annuellement, une évaluation annuelle qui peut avoir différentes modalités : réunion entre les partenaires, un document écrit des différentes parties, une personne référente de l'évaluation de la convention pour veiller à la bonne exécution ou améliorer certains points.

### 3.2.4 Le pôle inter-établissement de gériatrie :

En 2017, le Val-de-Marne comptait près de 99157 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 7,1 du total de la population du département. La population âgée de plus de 60 ans représentait quant à elle 20 % du total<sup>49</sup>. L'indice de vieillissement de la population était de 54,8 en 2015 avec des variations importantes entre les communes<sup>50</sup>. Selon une analyse de l'INSEE, d'ici 2030, si les tendances actuelles se poursuivaient le nombre de personnes âgées en Ile de France augmenterait quatre fois plus vite (+24,5%) que la population totale (+6,0%)<sup>51</sup>.

Dans ce contexte s'inscrit le projet du pôle inter-établissement gériatrique qui résulte d'une volonté commune et partagée entre les deux établissements parties de GHT 94 Nord et de l'HIA Bégin. Il s'agit de structurer une filière complète de gériatrie par le renforcement des coopérations et complémentarités entre ces trois institutions.

L'analyse des besoins de santé du territoire et l'opportunité qu'offre l'association avec l'HIA Bégin, doté d'un service d'accueil des urgences ouvert sur la population locale mais dépourvu de compétence gériatrique, conduisent le GHT 94 Nord à proposer la création d'une unité de gériatrie aigue sur le site de Bégin gérée par les HSM et comprenant 22 lits d'hospitalisation complète et 3 places d'hôpital de jour d'évaluation gériatrique, ainsi que la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie en appui au SAU et lits MCO de Bégin. Le patient âgé du territoire pourra ainsi bénéficier d'une palette complète de prise en charge : court séjour de gériatrie, unité de consultation et d'hospitalisation de jour, soins de suite et de réadaptation adaptés à sa poly pathologie, équipe mobile de gériatrie. Un comité de pilotage composé des représentants du GHT 94 Nord et de l'HIA Bégin a été mis en place et des groupes de travail ont été instaurés pour poursuivre les travaux de la création de l'UGA.

L'étude a montré qu'il y'a un bien fondé du partenariat avec Bégin, en fait une file active importante de patients âgés sur le territoire sont pris en charge par l'HIA Bégin. En 2017, les patients âgés de 75 ans et plus ont représenté 4120 passages au SAU de Bégin, soit 16,2 % du total. Cette portion est la plus élevée que celle constatée dans la plupart des SAU du Val-de-Marne, à l'exception de l'Hôpital Henri Mondor. La proportion de patients de plus de 84 ans était également la plus élevée des SAU du Val-de-Marne.

---

<sup>49</sup> Source : INSEE-Estimations de population –Chiffres-clés-Janvier 2019

<sup>50</sup> L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

<sup>51</sup> Source : INSEE Analyses Ile de France-n°96-Avril 2019

**Tableau : SAU et personnes âgées dans le 94<sup>52</sup>**

<b>Etablissement</b>	<b>Total passagers</b>	<b>&gt; 75 ans</b>	<b>&gt; 84 ans</b>	<b>%&gt;75 ans</b>	<b>%&gt; 84 ans</b>
<b>HU Paris sud kremlin Bicêtre</b>	55 271	7 594	3 697	13,7 %	6,7 %
<b>CHI Villeneuve Saint-Georges</b>	52 180	5 626	2 798	10,8 %	5,4 %
<b>HU Henri Mondor</b>	51 773	8 554	3 892	16,5 %	7,5 %
<b>Hôpital Saint-Camille</b>	43 764	6 388	3 175	14,5 %	7,3 %
<b>Centre Hospitalier intercom Créteil</b>	36 142	4 591	2 291	12,7 %	6,3 %
<b>HIA Bégin</b>	25 493	4 120	1 974	16,2 %	7,7 %
<b>Hôpital privé Armand Brillard</b>	20 071	2 333	1 070	11,6 %	5,3 %
<b>Hôpital privé de Thiais</b>	13 999	1 561	691	11,2 %	4,9 %
<b>Hôpital Privé de Vitry site Pasteur</b>	1 674	108	30	6,5 %	1,8 %

Sur les 4 120 passagers au SAU de Bégin, 2200 ont fait l'objet d'une hospitalisation dont la très grande majorité avec une durée moyenne de séjour (DMS) supérieure ou égale à 7 jours<sup>53</sup>, sauf que le SAU de l'HIA Bégin ne dispose pas de toutes les ressources nécessaires à la prise en charge de cette population importante.

Le service santé des armées et le HIA Bégin confirment à la fois leur besoin d'une offre de soins spécifique en gériatrie et leur souhait que celle-ci soit « externalisée » au regard des priorités d'un hôpital militaire qui s'oriente toujours vers ses missions principales de défense nationale. Dans ce contexte le service de santé des armées n'envisage pas de développer une offre de soins gériatriques sur ses ressources propres car la gériatrie ne constitue pas une discipline d'intérêt opérationnel.

C'est pour ces raisons et dans la logique de complémentarité qui sous-tend le GHT que le PIE de gériatrie est le porteur de projet. De son côté, l'HIA Bégin dispose d'une unité d'hospitalisation de 24 lits pouvant accueillir l'UGA sur la base d'une convention de mise à disposition temporaire de ces locaux. Différentes réunions de travail ont été organisées afin de discuter de tous les aspects liés au fonctionnement futur de l'UGA dans les locaux de Bégin.

A partir des éléments recensés sur ce projet, je constate que le projet de création de l'unité gériatrique aigue s'inscrit dans la continuité de collaborations déjà très riches avec des méthodes et habitudes de travail éprouvées. L'UGA sera destinée à accueillir des personnes âgées de plus de 75 ans, en perte d'autonomie ou à risque de perdre l'autonomie, poly-pathologiques, présentant une affection aigue nécessitant une prise en charge en court séjour. Elle sera partie intégrante du PIE de gériatrie. Son fonctionnement sera étroitement coordonné avec celui de l'HIA Bégin notamment parce qu'elle devra bénéficier de sa permanence médicale et qu'elle se situera en aval de son SAU.

La création de cette UGA sera complétée, voire chronologiquement précédée, par la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie répondant d'abord aux besoins du SAU de l'HIA ainsi que de ses services MCO et pouvant secondairement s'externaliser. Cette équipe mobile permettra de rationaliser les temps d'attente et l'orientation des patients âgés aux urgences. De plus des mutualisations seront travaillées avec l'Unité Mobile de Géronto-Psychiatrie (UMGP) relevant du pôle de psychiatrie 94G16 et étroitement lié au PIE de gériatrie. Ainsi que des consultations de gériatrie seront organisées sur le site de Bégin.

L'UGA accédera au plateau technique de Bégin dans les mêmes conditions que les autres spécialités, la permanence médicale sera assurée par Bégin malgré que la fourniture des médicaments et des dispositifs médicaux seront gérés par les HSM. L'UGA aura aussi recours à la chambre mortuaire de l'HIA Bégin.

<sup>52</sup> Source ARS-Février2019- Données 2016

<sup>53</sup> Source : Données PMSI-HIA Bégin

Concernant le système d'information, le GHT 94 Nord et l'HIA Bégin s'engagent à tendre vers une interface de leurs systèmes d'information afin de faciliter les échanges de document, dans les limites et les restrictions imposées par les règles de sécurité et de confidentialité auxquelles les Hôpitaux militaires sont assujettis. Et sur le plan juridique, l'occupation de l'unité de 24 lits devra faire l'objet d'une autorisation d'occupation temporaire des locaux accordée par le Service d'Infrastructure des Armées (SID).

Malgré l'importance du projet mais il est nécessaire de se poser les questions sur l'organisation, sur le financement, sur le partage des informations du dossier médical, et le partage de ressources humaines. Pour cela le GHT94N met en œuvre un groupe de pilotage pour résoudre tous les litiges.

### **3.2.5 La mutualisation des achats :**

Le projet médical partagé organise le travail en commun des équipes médicales. Il est donc important que les médecins et soignants puissent travailler avec les mêmes matériels dans les établissements de santé d'un même GHT. Les outils de travail doivent être homogènes pour favoriser la constitution des équipes de territoire. Cette convergence des matériels et équipements suppose une mutualisation des achats. Mutualiser cette fonction permet au GHT d'avoir plus de poids dans la négociation avec les prestataires et de dégager ainsi des marges d'efficience.

Une politique achat approvisionnement du GHT est définie comme la formalisation d'objectifs et de moyens visant à réaliser les achats et les approvisionnements du GHT. Elle est constituée d'axes stratégiques, d'objectifs opérationnels, de moyens et d'une organisation qui viennent en appui au projet médical partagé et aux projets d'établissement.

Pour les axes stratégiques, le GHT 94 Nord souhaite notamment inscrire sa politique d'achat et d'approvisionnement dans une logique de développement durable et d'achat éco-responsable. Sa stratégie répond à plusieurs enjeux :

- Contribuer au respect des équilibres écologiques en gérant les flux économiques et écologiques (l'entretien et la construction des bâtiments, la gestion des déchets...)
- Contribuer au respect des équilibres sociaux en servant le développement social
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs par le développement d'actions de communication vers les usagers et vers les professionnels

Sur le Volet économique, le GHT 94 Nord s'intéresse à :

- Analyser les besoins avec précision en quantité et en qualité. C'est-à-dire acheter au plus près des besoins des services impliquant une nécessaire concertation des utilisateurs/acheteurs ;
- Analyser les conséquences économiques des coûts de fonctionnement liés à l'objet du marché (trajets, consommations d'énergies diverses, dépenses en eau, évacuation des déchets, etc.) pour réduire les coûts d'utilisation en produits et en énergie utilisés, diminuer des coûts liés aux trajets et limiter les déchets
- Favoriser la performance économique des achats par la définition d'une stratégie achat par segment achat en utilisant les outils de pilotage dédiés (tableau de bord, cartographie, top fournisseurs...) et l'utilisation des techniques d'achat performantes et/ou innovantes.

La mise en œuvre de cette politique achat au sein du GHT se fonde sur une réflexion commune des établissements membres.

Pour ce faire :

- Ils mettent en commun leurs outils, expertises et retours d'expériences afin d'atteindre les objectifs précités et concourent à la mise en place d'un plan action achat de territoire ;
- Ils mutualisent leurs achats en vue de mettre en place des commandes groupées et comparent leurs consommations, prix, qualité de travail de leurs fournisseurs et définissent, le cas échéant, une stratégie achat de groupe ;
- Ils mettent en place un plan de formation commun et étudient l'opportunité de mettre en place des métiers à forte valeur ajoutée partagés au sein du GHT.
- Ils engagent une réflexion quant à l'intérêt de mutualiser certaines fonctions logistiques et participent activement aux travaux du RESAH dans la logique des orientations nationales. Ils assurent la complémentarité des trois niveaux d'achat (établissements, GHT, organisme de mutualisation) ;

Un comité territorial des achats est créé. Il est chargé de définir, mettre en œuvre et évaluer la politique achat/approvisionnement, construire, valider et suivre le plan actions achats de territoire et partager les informations, les bonnes pratiques, et les retours d'expérience.

Bien que la fonction achat hospitalière des armées soit centralisée au niveau de la direction des approvisionnements en produits de santé des armées (DAPSA), les nouveaux textes tels que le décret n° 2019-405 du 02 mai 2019<sup>54</sup>, encouragent la mutualisation avec les établissements partis au GHT des fonctions support. L'objectif est d'atteindre une meilleure performance des fonctions support afin d'améliorer la performance globale de l'HIA, et d'offrir des prestations hors soins au meilleur coût. Atteindre ces objectifs suppose de mettre en œuvre une démarche de conduite du changement.

L'HIA Bégin, membre associé au GHT 94 Nord approuve cette politique achat et est intéressé par la mutualisation de certains de leurs achats, plusieurs réunions de travail ont été organisées pour concrétiser ce projet de mutualisation. Après avoir défini les groupes de produits éligibles au regroupement d'achat avec l'établissement support du GHT, la cellule achat de Bégin a identifié un intérêt particulier sur le marché du transport patient. Un cahier des charges a alors été élaboré en collaboration avec la cellule achat du GHT 94 Nord portant sur le transport des patients en ambulances agréées, para médicalisées ou médicalisées.

Ce projet de mutualisation ne pouvait voir le jour sans l'accord préalable de la DCSSA. Pour faire valider la mutualisation par le pouvoir adjudicateur du SSA et le responsable ministériel achat, le référent achat de l'HIA Bégin, a adressé à la DCSSA et la DAPSA un formulaire indiquant le projet d'achat avec les analyses préalables et l'évaluation des impacts.

Un processus décisionnel à respecter :

- La recevabilité du formulaire de demande de mutualisation avec un GHT sera prononcée par la DCSSA dans un délai global de 08 jours.

---

<sup>54</sup> Décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 relatifs aux activités pharmaceutiques du service de santé des armées et à la coopération entre ce service et les acteurs de santé.



- Après analyses complémentaires concernant les domaines achats, finances et ravitaillement sanitaire, la décision relative à l'autorisation de la mutualisation sera donnée par le pouvoir adjudicateur DAPSA sous un délai de 12 jours. En cas de refus, et si l'hôpital souhaite réellement la mutualisation, la composante hospitalière pourra demander un arbitrage auprès du pouvoir adjudicateur DCSSA.

- La décision du SSA d'autoriser la mutualisation achat auprès du GHT pour un projet donné doit ensuite être validée par le responsable ministériel achat dans le cadre de l'avis de performance. Cette étape nécessite 20 jours supplémentaires.

Tous ces délais peuvent être suspendus en cas de demandes d'informations complémentaires.

Du point de vue réglementaire, et dans le cadre de la coopération achat entre un HIA associé à un groupement hospitalier de territoire et un établissement support du GHT, la mutualisation d'achat avec un GHT ne peut se faire sans avoir une convention d'association de l'hôpital militaire au GHT signée et une autorisation à part pour chaque projet de marché.

Je pense que le SSA doit revoir ses textes réglementaires qui doivent être analysés pour délimiter le cadre possible de travailler au sein du GHT. Le GHT94 Nord prend en compte ce contexte. A ce jour, je constate que les propositions demandent de ce fait beaucoup de temps sans savoir si cela peut aboutir.

Une forte coopération entre le HIA Bégin et le GHT 94 Nord se manifeste par des nombreux conventions et projets. Cette intégration brise la fermeture d'un hôpital militaire convaincu de la nécessité de la rationalisation de la carte hospitalière et ambitieux pour une égalité de l'offre de soins sur le territoire.

Le projet du service de santé des armées « SSA 2020 » se base sur son rôle essentiel dans la stratégie de défense et de sécurité nationale ainsi que sa complémentarité avec le service public de santé.

# CONCLUSION

Pour répondre aux critiques de la cour des comptes qui reproche au SSA et ses HIA le manque d'intégration dans le système de la santé publique et leur demande de réduire leur déficit budgétaire, le SSA a décidé de participer pleinement au service public hospitalier, à travers plusieurs domaines et sur plusieurs aspects.

Les HIA, qui répondent aux mêmes normes et obligations que les établissements de santé publique, sont ouverts au même marché et soumis à l'autorité budgétaire d'une part, comme prestataires de soins d'autre part, comme service de l'Etat. La fermeture des hôpitaux des armées témoigne de l'âpreté de la rigueur budgétaire qui touche aujourd'hui les secteurs publics et privés. Cela explique que depuis plusieurs années, la coopération entre établissements constitue une priorité des politiques de santé.

À cet effet, divers groupements et communautés ont successivement été créés : les Groupements de coopération sanitaire en 1996, permettant la mutualisation de moyens de toute nature ; les Communautés hospitalières de territoire en 2010, destinées à développer des complémentarités et des rapprochements entre établissements à partir d'un projet médical ; les Groupements hospitaliers de territoire en 2016, afin de construire des coopérations entre établissements publics autour d'un projet médical partagé du territoire.

En outre, l'excellence du système de soins mis en place dans les HIA et regretté un manque réel de coordination ou de coopération entre médecine civile et médecine militaire dans une période de crise des finances publiques impactant le fonctionnement de nos hôpitaux. A ce fait, l'ordonnance du 17 janvier vient compléter certaines dispositions de la Loi du 26 janvier 2016 portant modernisation de système de santé, et acte particulièrement la contribution du service de santé des Armées à la politique de santé publique et à la défense sanitaire du Pays et ouvre une belle perspective de mutualisation de moyens entre service de Santé des Armées et acteurs du système de santé doit permettre de mieux répondre à la fois au soutien sanitaire des forces armées, mais aussi aux besoins de santé du territoire.

Malgré le fait que les GHT aient changé le paysage hospitalier français, les HIA s'inscrivent fortement dans le changement et l'évolution tout en gardant une place particulière dans l'organisation sanitaire du fait de leur appartenance à l'institution militaire.

Plus question pour le SSA de voir ses hôpitaux des armées uniquement concourir au service public de santé ; ils doivent rester toujours des acteurs à part entière et garder leur identité malgré cette notion d'ouverture. La loi de modernisation du système de santé permet toujours au SSA de garantir sa mission prioritaire de soutien des forces armées tout en s'inscrivant comme un acteur dans les territoires de santé dans lesquels sont implantés les hôpitaux militaires. Dans les GHT, les médecins militaires pourraient être associés aux gardes effectuées dans le cadre de la permanence de soins effectué sur le territoire, c'est un avantage pour maintenir et développer les compétences techniques surtout pour le personnel projetable en OPEX. Ils pourraient également participer à des exercices communs pour une meilleure connaissance permettant d'envisager ou améliorer une réponse commune à des situations sanitaires exceptionnelles.

Il semble que la solution de la garantie de la mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées du SSA, tout en s'inscrivant comme un acteur à part entière dans les territoires de santé dans lesquels sont implantés les hôpitaux des armées, réside dans la création d'ensembles hospitaliers civils et militaires et c'est le projet du SSA 2020. Ces ensembles devront permettre une nuance civil-militaire tout en conservant une existence, une identité et une visibilité militaire.

# BIBLIOGRAPHIE

## Textes officiels :

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patient, à la santé et au territoire (HPST).
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation de système de santé
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 portant
- Loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.
- Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.
- Loi n°89-377 du 13 juin 1989 relative aux groupements européens d'intérêt économique et modifiant l'ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967.
- Décret n° 74-431 du 14 mai 1974 abrogeant certaines dispositions du code de la santé publique et fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service public hospitalier.
- Décret n° 78-194 du 04 février 1978 relatif aux soins assurés par le service de santé des armées.
- Décret n° 2005-1441 du 22 novembre 2005 relatifs aux soins du service de santé des armées.
- Décret n°2012-117 du 30 janvier 2012 relatif à la contribution du service santé des armées à la politique de service public cosigné par le ministre de la défense et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2017-701 du 02 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 relatifs aux activités pharmaceutiques du service de santé des armées et à la coopération entre ce service et les acteurs de santé.
- Ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique
- Ordonnance n° 96-346 du 14 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance n° 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale (journal officiel de 25 avril 1996).
- Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides
- Note n° 500049/ARM/DCSSA/AA/AP/NP du 12 janvier 2018 relatif aux modalités de demande de coopération achat entre un HIA associé à un GHT.
- Note n°500049/ARM/DCSSA/AA/AP/NP du 12 janvier 2018 portant sur les modalités de demande de coopération achat entre un hôpital militaire associé à un GHT et l'établissement support du GHT.
- IM n° 500/DEF/DCSSA/HOP portant règlement général des hôpitaux d'instructions des armées.
- Directive n° 111/DEF/DCSSA/AJA/2D du 17 janvier 2011.
- Instruction n° 400/DEF/DCSSA du 23 mars 1993 fixe les règles d'accès aux soins du SSA.

## **Ouvrages :**

- Léo Cazin 2016 « Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis »
- Bruno Gallet 2011 « Les coopérations dans les secteurs sanitaire, social et médico-social »
- Guide méthodologique des coopérations territoriales janvier 2011.
- M. Dupont, hôpital public et coopération sanitaire, RDSS, 2015

## **Mémoires :**

- Mohamed Karim CHTIOUI « La coopération entre Service Santé des armées et Etablissements publics de santé » EHESP 2013
- Eric WABLE « Intégration des HIA dans le territoire de santé public par la coopération »
- Mohamed Amine DRIF « Le service de santé des armées et son ouverture sur le service public hospitalier » EASSA 2003
- Bernard BOLLORE « La collaboration entre le Service santé des armées et le service public hospitalier » 1997
- Paul NADAL « Répondre aux besoins des HIA par la coopération sanitaire » EHESP 2013
- Stéphanie LEMISTRE « Les relations entre le SSA et les GHT Val de grâce 2016

## **Conférences :**

- GHT, mode d'emploi, Vademecum, ministère des affaires sociales, de la santé 2016
- Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, la stratégie nationale de santé 2018-2022 EHESP.

## **Rapports :**

- Cours des comptes, médecins et hôpitaux des armées ; octobre 2010
- Compte rendu de la commission défense nationale et des forces armées de 17 janvier 2018.

## **Autres :**

- Convention constitutive de groupement hospitalier de territoire 94 Nord et ses avenants.
- Convention de collaboration des services d'imagerie médicale entre HIA Bégin et le GHT 94 N
- Projet médical soignant partagé du GHT 94 N
- Communiqués de presse de la fédération hospitalière de France le 26 juin 2017.
- Magasine du colloque « les hôpitaux de l'extrême » EHESP novembre 2018.

## **Sites internet :**

- <https://www.defense.gouv.fr/sante>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>
- <https://www.defense.gouv.fr/sante/sante-publique/hopitaux-militaires/begin-saint-mande-94>
- <https://www.reseau-hopital-ght.fr/qu-est-ce-qu-un-ght.html>
- <https://www.fhf.fr/GHT>
- [https://www.senat.fr/rap/r98-458/r98-458\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/r98-458/r98-458_mono.html)
- [https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=627C03A043C19CDD4B32B88D13C31C0A.tpdjo14v\\_2?reprise=true&fastReqlId=7227024&idSarde=SARDOBJT000007104703&page=7](https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=627C03A043C19CDD4B32B88D13C31C0A.tpdjo14v_2?reprise=true&fastReqlId=7227024&idSarde=SARDOBJT000007104703&page=7)
- [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/1\\_1\\_service\\_sante\\_armees.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/1_1_service_sante_armees.pdf)
- <https://www.reseau-chu.org/article/cooperation-civilo-militaire-inedite/>

# ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé à l'ensemble des HIA – Evaluation du niveau d'intégration dans les GHT

## Questionnaire

### A l'attention de Monsieur le médecin-chef, directeur de l'Hôpital d'instruction des Armées

Dans le cadre du mémoire de fin d'étude de la formation de directeur d'hôpital intitulé « Service de santé des armées et système de santé publique : Une large ouverture des HIA au service public », nous vous adressons ce questionnaire afin de faire un recensement sur le positionnement des hôpitaux militaires dans les GHT.

1- Est-ce que votre HIA participe à un GHT et si oui lequel ?

.....  
.....  
.....  
.....

2- Quel est le statut de l'HIA dans ce GHT : membre fondateur, membre associé, partenaire, associé au Projet médico-soignant partagé ?

.....  
.....  
.....  
.....

.Quels sont les thèmes/projets de coopération dans le cadre de GHT ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Comment participez-vous aux différentes instances ?

.....  
.....  
.....  
.....

Merci d'indiquer le nombre de membre de votre organisation et le nombre total de membres de l'instance si possible.

4.1- Combien avez-vous de membres en comité stratégique ?

.....  
.....  
.....

4.2- Combien avez-vous de membres en instance médicale (collège médical ou CME de GHT ?

.....  
.....  
.....

4.3- Combien avez-vous de membres en comité des élus ?

.....  
.....  
.....

4.4- Combien avez-vous de membres en comité territorial de dialogue social ?

.....  
.....  
.....

5 - Quelles visions avez-vous du développement des actions de coopération sur le territoire ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6- Seriez-vous d'accord pour être recontacté pour un entretien téléphonique afin que l'élève directrice puisse approfondir certaines thématiques ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous laisser vos coordonnées (mail ou téléphone) pour vous joindre ?

.....  
.....  
.....

Merci d'avoir participé à ce recensement.  
Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

# EXECUTIVE SUMMARY

**Sujet** : Service de santé des armées et système de santé public : Une large ouverture des hôpitaux d'instruction des armées au service public « Partenariat de l'hôpital d'instruction des armées Bégin avec le GHT 94 Nord »

**Diplôme** : mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital

**Résumé** : La forte intégration des hôpitaux des armées dans le service public hospitalier trouve ses fondements dans un monde de défense en pleine transformation. En fait le livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013 dessine une stratégie générale qui se caractérise par une articulation nouvelle autour des missions de protection, de dissuasion nucléaire et d'intervention. Ce nouveau modèle d'armées précise en outre le rôle du Service de santé des armées comme étant un acteur déterminant de l'engagement opérationnel des forces et pour la protection des populations sur le territoire. Ce rôle est consolidé par une réforme ambitieuse et une meilleure articulation avec le service public de santé.

La réorganisation territoriale qui a pour but la modernisation du système de santé français se base sur des instruments spécifiques développés pour évoluer l'offre de soins. La coopération hospitalière est un de ces instruments qui a pour objectif la rationalisation économique par une restructuration de l'offre de soins et l'amélioration du fonctionnement du système hospitalier. L'HIA Bégin est un exemple type de la forte intégration d'un HIA dans un groupement hospitalier de territoire, cette coopération est désormais obligatoire dans le cadre de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 mais aussi nécessaire dans un système sanitaire cloisonné et concurrentiel.