Bull. Acad. Natle Méd., 2018, *202*, n°s 8-9, 1981-1992, séance du 4 décembre 2018

COMMUNICATION

La construction juridique des Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Mots-clés : Établissements de santé. Planification hospitalière. Organisations et économie des soins de santé. Législation sur les hôpitaux. Équité en santé

Legal construction of Territorial Hospitals Groups (THG)

Key-words : Health Facilities. Hospital Planning. Health Care Economics and Organizations. Legislation, Hospital. Health Equity

Dominique BERTRAND *, Francis MICHOT **, François RICHARD ***

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec quiconque ou quelconque organisme liés à cette étude.

RÉSUMÉ

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce sont des regroupements d'hôpitaux publics voulus par la puissance publique, sur la base d'un volontariat et sur un territoire commun. Ils se réunissent autour d'un projet médical partagé défini ensemble. C'est l'aboutissement d'une planification des moyens, lits et équipements lourds se transformant en une organisation graduée des soins au service du patient. Une mutualisation des moyens et des équipes en est la conséquence et l'objectif. L'hétérogénéité des GHT résulte de la rapidité de leur mise en place, en moins de quatre mois, et l'absence d'une contrainte de l'Etat. Les hôpitaux resteront indépendants mais 135 GHT ont été créés pour des territoires de 100 000 à 2,5 millions d'habitants.

* Professeur émérite Université Paris 7 ; Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine ; e-mail : dominique.bertrand6@wanadoo.fr.

** Professeur émérite Université Rouen Normandie ; Membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine. E-mail : michotfrancis@gmail.com.

*** Professeur émérite, Université Paris 6 ; Membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine ; e-mail : fm.richard@free.fr.

Tirés-à-part : Professeur Dominique Bertrand

Article reçu le 22 novembre 2018 et accepté le 8 janvier 2019

SUMMARY

The act nº 2016-41 of January 26th 2016 for modernization of French healthcare system has created the regional grouping of hospitals (Groupements hospitaliers de territoire / GHT). It concerns the voluntary regrouping of regional hospitals, intended by the legislator. They do assemble in the context of a commonly defined medical project. It aims to establish an organisation that improves progressively the healthcare and services for patients, by planning funds, beds and heavy equipment. In accordance with the objective and by consequence, funds and staff are mutualized. The heterogeneity of GHTs is the outcome of their fast implementation within less than 4 month and the absence of public constrains. The hospitals continue to operate independently, but 135 GHTs were created for regions with a population of 100 000 to 2.5 million inhabitants.indépendants.

INTRODUCTION

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont l'aboutissement d'une évolution de la planification des moyens, concrétisé par, tout d'abord, une meilleure prise en charge des patients, un accès égal pour tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, une adaptation de l'hôpital à des pathologies de plus en plus chroniques et moins à des épisodes aigus successifs en raison du vieillissement de la population, ensuite une base territoriale des établissements hospitaliers publics clairement définie et une complémentarité sur un même territoire des établissements publics de santé, permettant une gradation de soins.

I. LA CRÉATION DES GHT PAR LA LOI DU 26 JANVIER 2016 DE « MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ »

Il s'agit d'une volonté structurante du système hospitalier public, ancré sur un territoire pour permettre une adaptation des soins aux besoins de chacun, tout en conservant une autonomie des établissements couplée à l'obligation d'une synergie stratégique de tous les hôpitaux du groupement.

Le rapport Jacqueline Hubert et Fréderic Martineau [1] souhaitait un groupement hospitalier de territoire selon :

> « *... un découpage territorial cohérent, émanation d'un projet médical partagé* » condition indispensable pour obtenir un GHT de taille raisonnable permettant un projet commun et une stratégie commune des groupes publics du territoire.
>
> « *... une réorganisation dans le cadre de véritables stratégies de groupes publics à l'échelle des territoires* »

Les objectifs de la loi de 2016 [2]

Ils sont en adéquation avec ce rapport :

— Un projet médical partagé par plusieurs établissements ;
— Une organisation basée sur plusieurs établissements ;
— Une diminution de la concurrence entre établissements ;
— Une attractivité pour les personnels médicaux par un travail en équipe ;
— Des gardes adaptées à la gradation de soins ;
— Une tentative de réalisation d'économies par une mutualisation notamment du secteur d'achat et du système d'information.

Pour la première fois, les effets de gestion sont secondaires à une prise en charge qualitative du patient.

Les parties prenantes à la convention

Plusieurs possibilités sont proposées par les textes juridiques aux établissements de santé (tableau I) [3].

1. Les établissements « parties » [4]

Le GHT peut couvrir un périmètre relevant de plusieurs régions, ou une partie du département. A l'intérieur de ce périmètre le GHT comprend d'une part, les établissements publics de santé du périmètre devant adhérer obligatoirement à la convention constitutive et d'autre part, les établissements médico-sociaux publics pouvant y adhérer. Ils concernent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et les maisons d'accueil spécialisées (MAS).

2. Les établissements associés ou partenaires

Ils s'engagent sur certains objectifs du GHT seulement. Le tableau n° 1 précise pour chaque type d'établissement sa position par rapport au GHT.

Les GHT sont associés obligatoirement à un centre hospitalier universitaire (CHU) pour l'enseignement et la recherche ; pour la gestion de la démographie médicale, le CHU peut être un appui pour des postes mutualisés avec un autre hôpital, ou simplement l'affectation de jeunes seniors dans les hôpitaux, mais aussi pour l'accueil des internes et des étudiants hospitaliers ; et pour les missions de référence et de recours, pour les soins...

Le CHU (sauf l'AP-HP) est à la fois établissement partie d'un GHT et associé à d'autres GHT, car le nombre de CHU est cinq fois moindre que le nombre des GHT.

Les établissements psychiatriques bénéficient d'une particularité : ils peuvent être soit partie, soit associé, soit indépendant, en raison de leur appartenance à une communauté psychiatrique de territoire (art. L3211-2 CSP) ; comme les CHU,

	PARTIE	ASSOCIE	PARTENAIRE
Etablissements publics de santé CH Psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Etablissements médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Etablissements exerçant une activité à domicile (HaD)	Obligatoire Si HaD publique	Obligatoire	
Etablissements de santé privés			Facultatif

Tableau 1. — Établissements et modes de coopération dans les GHT

ils peuvent être à la fois membre d'un GHT et associé à d'autres GHT, car le découpage sectoriel est différent du périmètre des GHT.

Une vingtaine d'établissements sont actuellement, par voie dérogatoire, non inclus dans un GHT. Ce sont surtout les hôpitaux psychiatriques, l'hôpital des Quinze-Vingts et quelques hôpitaux d'outre-mer.

La convention constitutive

Une trame de la convention constitutive est donnée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), mais seuls la discussion et l'accord entre les établissements permettent de nourrir le projet médical. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) doit donner son accord.

Le dispositif est purement conventionnel ne conférant aucune personnalité morale au GHT, mais l'établissement support prédomine, car il bénéficie d'une autorité par le directeur dans le comité stratégique et par des activités dont l'établissement support est directement responsable.

La convention contient six éléments fondamentaux :

— Le projet médical partagé ;
— Le projet de soins partagé, lié au projet médical ;
— Les transferts d'activité de soins et d'équipements lourds si nécessaire ;
— L'organisation des activités et des emplois médicaux et pharmaceutiques ;

— Les équipes médicales communes et les pôles inter-établissements ;
— La description de la gouvernance, retenue par les établissements parties.

La convention constitutive est fixée pour une durée de 10 ans, mais des modifications peuvent être envisagées si nécessaire. Le projet médical partagé est d'une durée plus courte permettant des adaptations à l'évolution des techniques et des « mentalités » par des nouvelles coopérations améliorant ainsi la prise en charge du patient [5].

Le projet médical du GHT doit être conforme au projet régional de santé ; les établissements parties doivent se couler dans le projet médical du GHT. C'est donc une déclinaison descendante au niveau de chaque établissement, des projets régionaux d'abord et des GHT ensuite.

La création d'une filière de soins structurés, selon les spécialités du GHT, est un aboutissement logique mais nécessite l'adhésion et la co-construction de ces filières par les équipes médicales et soignantes de ces établissements.

Les projets médicaux sont parfois descriptifs, de filières précises où chaque équipe trouve une place, ou parfois beaucoup plus sommaire si la crainte de travailler ensemble se fait à jour, que ce soit pour des raisons budgétaires (avoir le maximum d'activité), ou pour des raisons relationnelles.

Les mutualisations

Elles sont également un fondement du GHT, associant les établissements parties sur des fonctions cliniques, médicotechniques et de support.

Le projet médical envisageant le transfert d'activités, ou de moyens, sont du domaine de la convention ou de sa révision.

Les fonctions sont reparties en trois groupes, d'abord unifiées ensuite organisées, enfin librement associées.

Les fonctions directement attribuées à l'établissement support :

— Le système d'information hospitalier (SIH), dont l'homogénéisation est prévue pour 2020 car la plupart des hôpitaux dans un GHT présentent un système différent de SIH. Par exemple, dans un GHT comprenant un grand nombre d'établissements, il est fréquent que 20 % environ des SIH soient communs ;
— La gestion du département de l'information médicale, clé de la reconnaissance de l'activité du GHT et donc des ressources financières attribués à chaque établissement ;
— Les achats pour des économies de groupement de commandes ;
— La gestion des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue ou de développement professionnel continue pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Les fonctions organisées en commun concernent trois domaines exclusivement : l'imagerie diagnostique et interventionnelle, la biologie médicale et la pharmacie.

Comment assurer le fonctionnement de ces activités médicales ?
— un pôle inter-établissement
— ou une fédération médicale inter-hospitalière

La définition précise les moyens et l'organisation des activités est décrite dans la convention.

Les fonctions diverses dévolues à l'établissement support, sur la base d'un volontariat comme les équipes médicales communes ainsi que les autres activités administratives, logistiques, techniques et médicotechniques.

L'ensemble des mutualisations sont sous la responsabilité du comité stratégique et du collège médical du GHT, indiqués dans la gouvernance. Une clé de répartition fixe les contributions de chaque établissement [6-7].

II. LA DESCRIPTION DES GHT

La carte de recensement des GHT

Pour établir les groupements hospitaliers de territoire, le temps a été très court, entre le 27 avril et le 1er juillet 2016. Les discussions ont eu lieu entre les établissements proches, avec des liens variés et variables préexistants. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont parfois proposé des organisations, ou laissé les établissements libres de choisir eux même leur coopération, donc soit initiative locale soit réflexion sur les flux de population ou des besoins complémentaires entre les établissements.

Le nombre retenu est de 135 GHT (figure 1) liés par convention à 27 CHU.

D'autres hypothèses évoquaient des chiffres, soit très supérieurs ou de l'ordre de 160.

Les éléments de taille et de différences entre les GHT

Ils sont la conséquence de l'initiative des établissements pour construire un GHT.

Les différences entre les GHT :

— La coopération de plus de 891 établissements publics ont entrainé des différences entre les GHT ;
— Le nombre : entre 2 et 19 établissements ;
— La distance entre les établissements : de 1 à 172 km ;
— Le budget des établissements du GHT : de 100 millions à plus de 2 milliards d'euros ;
— De 1200 équivalents temps plein à plus de 25 000 équivalents temps plein ;
— Les effectifs médicaux : de 85 à 4 700 ;
— Les territoires peuvent comprendre de 100 000 à 2 500 000 habitants ;
— Un GHT particulier : La Réunion et Mayotte se sont séparés.

Il est évident que cette hétérogénéité n'entraine pas des organisations identiques ni des projets médico-soignants partagés de même nature. Les filières sont forcément différentes [8].

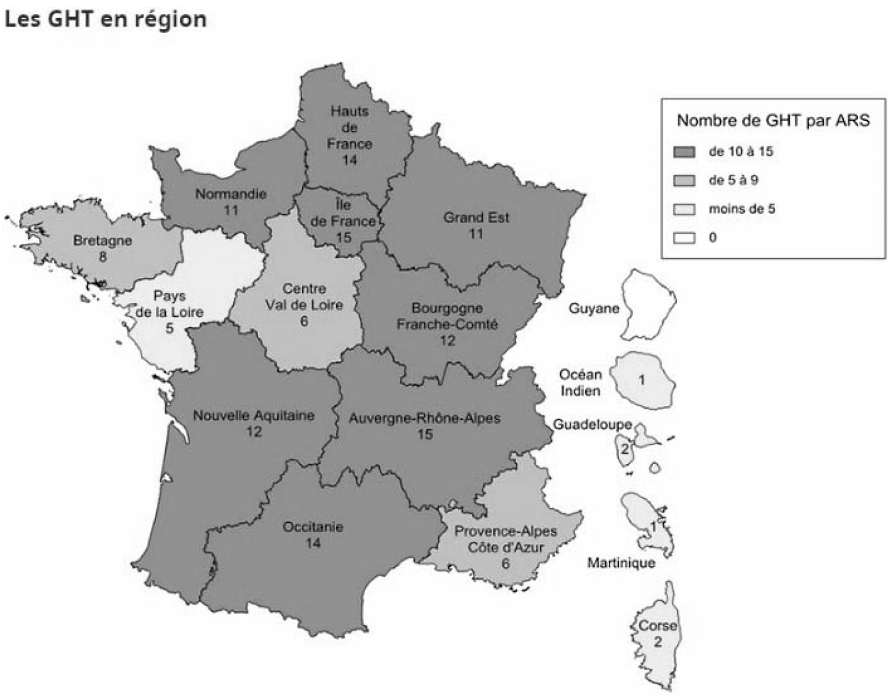

FIG. 1. — Nombre des GHT par région

III. LA GOUVERNANCE

Les principes

La gouvernance est de fait complexe, car elle reprend les organes institutionnels d'un hôpital public traditionnel mais en les calquant sur les GHT [3-9].

Le directeur de l'établissement support exerce des fonctions pour son établissement et aussi sur les missions transversales donc de fait, le pouvoir de nomination à des postes concernés par un établissement du GHT.

Les directeurs des autres établissements ne sont pas des directeurs adjoints, mais de fait sont subordonnés dans les orientations stratégiques ; en revanche, ils ne le sont pas dans leur autonomie.

Les comités et commissions du GHT (figure 2)

Six comités et commissions composent la gouvernance du GHT, mais chaque établissement conserve ses instances, ce qui rend chronophage les prises de décisions

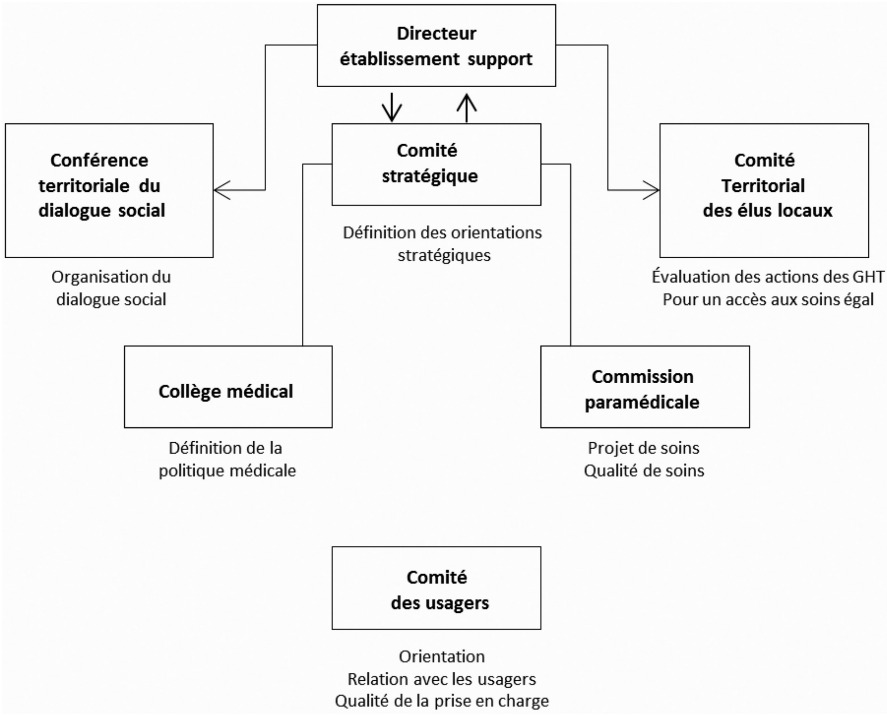

FIG. 2. — Comités et commissions du GHT

partagées. Chaque instance des établissements et du GHT doit être avertie des décisions prises par les organes du GHT.

— Conseil de surveillance, directoire, CME ;
— Commission de soins infirmiers, de rééducation, médicotechniques (CSIRMT) ;
— Comité technique de l'établissement ;
— Comité hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
— Comité des usagers ;
— Conférence territoriale du dialogue social.

Les rôles et compositions de chaque instance du GHT

Le comité stratégique est chargé de la mise en œuvre de la convention, du projet médical partagé et de la gestion des fonctions mutualisées. Il est composé des directeurs des établissements, présidents des CME, présidents des CSIRMT, président du collège médical GHT, médecin DIM et directeur de l'UFR. Le président du comité stratégique est le directeur de l'établissement support.

Le collège médical, ou commission médicale du GHT, est l'élément clé. Une différence est prévue entre le collège dont la composition est prévue par la convention constitutive et la Commission médicale du GHT (membres désignés par les CME locales). Il est chargé de la coordination de la stratégie médicale, du suivi médical et des propositions nominatives, en particulier du médecin DIM et des chefs de pôle inter-établissement. Il dépossède de fait de certaines attributions les établissements parties.

La commission de soins infirmiers rééducation et médico technique (CSIRMT) est chargée de la coordination de soins infirmiers. Elle est composée de membres des CSIRMT des établissements parties ; le président coordonnateur général de soins est nommé par le directeur de l'établissement support. Elle est composée de membres des CSIRMT des établissements parties ; le président coordonateur général de soins est nommé par le directeur de l'établissement support.

Le comité des usagers (ou commission des usagers) a le même rôle que dans les établissements hospitaliers mais une délégation de compétences locales peut favoriser une organisation homogène, probablement souhaitée par le ministère de la santé.

Le comité territorial des élus est chargé de l'évaluation des actions du GHT pour garantir l'égalité de l'accès aux soins de tous les patients du territoire. Il est composé de représentants des élus des conseils de surveillance, des représentants de communes et d'élus des collectivités territoriales.

La conférence territoriale de dialogue social est spécifique du GHT. Le président du comité stratégique est le président de la conférence, c'est-à-dire le directeur de l'établissement support. Son rôle est inscrit dans cette dénomination.

IV. LES POINTS IMPORTANTS DU FONCTIONNEMENT DU GHT

L'organisation territoriale

Certes le découpage entre 135 GHT aurait pu être différent. Pour rappel, les secteurs sanitaires prévus par la carte sanitaire de la loi du 31 décembre 1970 étaient au nombre de 256.

Quel est le découpage optimal ? Probablement celui qui, après concertation, a la meilleure probabilité d'être efficient sur la gradation de soins et l'acceptabilité d'une coopération entre les hôpitaux [10].

Actuellement, moins d'une vingtaine d'établissements sont isolés, c'est-à-dire non incorporés dans les GHT.

Rien n'empêche dans l'avenir une révision ponctuelle du périmètre d'un GHT.

Le projet médical partagé

Pour la première fois dans la planification hospitalière, le projet médical partagé est l'élément fondateur et fédérateur des établissements : d'une part, il organise en

commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, des activités de biologie médicale et des activités de pharmacie (ces dernières ayant été décalées en 2017) ; d'autre part, il offre la possibilité de créer des équipes médicales communes pour la mise en place de pôles « inter-établissement ». Ces équipes ne sont pas obligatoires, pourtant le bénéfice attendu sur les ressources humaines médicales est important pour établir des coopérations et permettre des consultations.

Les difficultés ressenties pour l'établissement [11]

La fonction d'achat est du domaine de l'établissement support. Cette fonction du GHT est susceptible de permettre des économies, par les quantités demandées lors des contrats, mais elle peut entrainer, par sa centralisation, des retards dans la délivrance de biens et services demandés. La souplesse semble avoir disparue. Un période d'adaptation est nécessaire à une organisation sans faille et rapide, mais bien qu'accessoire la fonction d'achat est emblématique d'une qualité de gouvernance de l'établissement support.

Le Système d'Information Hospitalier (SIH) est compliqué à homogénéiser. Les logiciels sont très différents et leurs mises en interrelation impossibles ; le SIH commun est donc indispensable, mais prendra beaucoup de temps à construire. Il est capital aussi pour permettre d'avoir les mêmes informations concernant un patient pour une prise en charge partagée.

Le déploiement du dossier médical est donc fondamental pour le GHT. Il débute fin 2018.

Les ressources humaines médicales

Les difficultés entre les équipes hospitalières d'un GHT peuvent apparaitre, car elles n'ont pas acquis des éléments communs de fonctionnement et une compétition peut résulter de l'état antérieur : la stratégie commune nécessite du temps pour se connaitre et travailler en commun.

Connaitre et apprécier les compétences de chacun, mettre rapidement ses valeurs individuelles au service d'un projet commun est certes indispensable mais complexe.

Pourtant l'avenir est prometteur pour plusieurs raisons :

— La pénurie marquée des médecins hospitaliers dans plusieurs disciplines ;

— Le développement de plateaux techniques coûteux dont l'utilisation doit être suffisante pour permettre la rentabilité et surtout une efficacité pour le patient car la mase critique d'exercice est nécessaire à des soins de qualité ;

— La diminution des gardes et astreintes pour certains établissements du GHT en raison d'une activité calibrée à la gradation de soins (en effet pervers : la diminution de la rémunération accessoire des médecins pourrait rendre le poste moins attractif du point vu financier !) ;

— Les consultations avancées permettent un exercice de base dans l'établissement le plus performant grâce à un plateau technique développé, conservant ainsi une qualité d'exercice, mais aussi une activité d'expertise dans les établissements moins spécialisés. Cette activité permet de donner des conseils, et d'envisager une prise en charge thérapeutique lourde sur le GHT, au bon endroit et au bon moment.

CONCLUSION

Le rôle fondateur du groupement hospitalier de territoire est la prise en charge du patient dans toutes ses dimensions : sanitaire, médico-sociale, psychologique et avec une organisation graduée en fonction des besoins.

Le GHT a essayé de fédérer le système hospitalier public sur un territoire ; ce n'est pas encore terminé mais déjà des liens avec le privé devront être construits ou rétablis, privé hospitalier ou médecine de ville. Le dossier médical personnel décidé en 2005 doit maintenant entrer dans une phase opérationnelle pour être en lien entre le patient et tous les acteurs du système de santé.

RÉFÉRENCES

[1] Hubert J., Martineau F. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission. La Documentation Française. 2016;51 p.

[2] Article 107 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel du 27 janvier 2016.

[3] Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Journal Officiel de la République française, 29 avril 2016.

[4] Groupement hospitalier de territoire (GHT) 15 points clés. Les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement. Vade-mecum. Ministère des Affaires Sociales de la Santé. 2016;74 p.

[5] Arnaud A., Ptakhine E., Xerri JG., Eychenié H., Johanet S. Elaborer un projet médical partagé des GHT — Fiches repères. ANAP. 2016;56 p.

[6] Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, II de l'article L. 6132-3,, Journal Officiel de la République française, 15 novembre 2016.

[7] Arrêté du 6 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3.

[8] Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire, mise en ligne le 12 mai 2017.

[9] Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire, Journal Officiel de la République française, 4 mai 2017.

[10] Cazin L., Kletz F., Sardas JC. Les groupements hospitaliers de territoire : Nouveaux espaces d'apprentissages pour l'hôpital. Revue hospitalière de France. 2016;571:26-31.

[11] Dewitte JP., Delas A., Dichamp I. La mise en place des GHT : où en est-on ? Gestions hospitalières. 2017;566:287-291.