

Groupement
hospitalier
de territoire

GHT

Mode d'emploi



15 POINTS CLÉS

vade-mecum

**LES FONDEMENTS
LA CRÉATION DES GHT
LES MUTUALISATIONS
LE FONCTIONNEMENT**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ

Tous les outils de ce kit sont consultables
et téléchargeables depuis le site internet du ministère :

www.social-sante.gouv.fr/ght



Marisol Touraine
*Ministre des Affaires sociales
et de la Santé*

Édito

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est une des mesures les plus structurantes et les plus ambitieuses de la loi de modernisation de notre système de santé. Il s'agit d'un élément clé de la politique que je conduis depuis 2012 pour garantir l'accès aux soins de tous.

Chaque Français doit avoir les mêmes chances de bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu'il pousse la porte d'un hôpital : c'est le sens même des GHT.

Ce dispositif, que j'ai inscrit dans la loi, conciliera la nécessaire autonomie des établissements et le développement de synergies territoriales. Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire et le projet médical en sera le cœur.

Le projet médical commun, c'est la pierre angulaire des GHT. Il garantira l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population. Il traduira concrètement ce que beaucoup appellent de leurs vœux depuis des années : une « stratégie de groupe » impliquant l'ensemble des équipes médicales, des élus et de représentants d'usagers pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire.

Pour vous accompagner dans la mise en place de votre stratégie, mes services mettent à votre disposition une « boîte à outils » très opérationnelle. Parmi les outils de ce kit, ce vade-mecum en 15 points clés.

Ces outils vous permettront de disposer des leviers nécessaires à la réussite de votre projet. Cela, au bénéfice d'une offre de soins organisée, lisible et donc accessible dans chaque GHT que vous construirez.

La mobilisation de l'ensemble des professionnels hospitaliers est indispensable. Je salue d'ores et déjà votre engagement et sais pouvoir compter sur votre implication à faire vivre cette réforme essentielle au maintien de l'excellence d'un grand système hospitalier tel que le nôtre.

vade-mecum

Les fondements

1• LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET LE PROJET DE SOINS PARTAGÉ	4
2• LES PARTIES PRENANTES	10
3• LA PLACE DES CHU	16
4• LA CONVENTION CONSTITUTIVE	20
5• LE PILOTAGE DU GHT	26

La création des GHT

6• LA CONSTITUTION D'UN GHT	34
7• LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE	38
8• LA TRANSFORMATION DES CHT EN GHT	42

Les mutualisations

9• LES MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT	46
10• LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER CONVERGENT	51
11• LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE DE TERRITOIRE	56
12• LES ACHATS	60

Le fonctionnement

13• LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GHT	64
14• LES RÈGLES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES	67
15• LA CERTIFICATION PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	70

Les sigles utilisés	73
----------------------------------	----

Les fondements

1• LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET LE PROJET DE SOINS PARTAGÉ	4
DISPOSITIF	4
1. L'obligation d'élaborer un projet médical partagé puis un projet de soins partagé	4
2. Le contenu du projet médical partagé et du projet de soins partagé	5
3. La procédure d'élaboration du projet médical partagé et du projet de soins partagé	6
4. La durée, la mise en œuvre et l'évaluation du projet médical partagé et du projet de soins partagé	7
5. Le calendrier de déploiement du projet médical partagé et du projet de soins partagé	8
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	9
2• LES PARTIES PRENANTES	10
DISPOSITIF	10
1. Les établissements parties	10
2. Les établissements associés ou partenaires	11
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	14
3• LA PLACE DES CHU	16
DISPOSITIF	16
1. Le principe d'association du CHU pour les activités hospitalières et universitaires	16
2. La formalisation de l'association du CHU	17
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	17
4• LA CONVENTION CONSTITUTIVE	20
DISPOSITIF	20
1. Élaboration de la convention constitutive	20
2. Contenu de la convention constitutive	20
3. Évolution de la convention constitutive	24
4. Articulation de la convention constitutive avec le règlement intérieur	24
5. Articulation de la convention constitutive du GHT avec d'autres conventions	25
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	25
5• LE PILOTAGE DU GHT	26
DISPOSITIF	26
1. La désignation d'un établissement support	26
2. La création d'instances de gouvernance	26
3. La mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social	32

LES FONDEMENTS

1. LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET LE PROJET DE SOINS PARTAGÉ

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi, art. L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6132-5 et L. 6132-7 du code de la santé publique
- o Art. 1 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-1 et s. du code de la santé publique

Dispositif

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Pour répondre à cet objectif, un projet médical partagé et un projet de soins partagé doivent être élaborés entre les établissements parties. Ils sont conçus pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours.

1. L'obligation d'élaborer un projet médical partagé puis un projet de soins partagé

Dans chaque groupement, les établissements parties (établissements publics de santé et, le cas échéant, établissements ou services médico-sociaux publics) élaborent un projet médical partagé.

D'autres acteurs, sans être établissements parties au GHT, peuvent également selon des modalités spécifiques, être :

- o soit associés à l'élaboration du projet médical partagé (voir fiche 2) : en particulier établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, hôpitaux des armées, établissements publics de santé autorisés en psychiatrie ;

» À NOTER

Il est également prévu, pour les activités hospitalières et universitaires, le principe d'une association du CHU à tout GHT qui ne compterait parmi ses membres un CHU.

Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT et dans la convention d'association passée entre l'établissement support et le CHU.

- o soit partenaires du GHT et, à ce titre, prévoir l'articulation de leur projet médical avec le projet médical partagé du GHT. Sont en particulier concernés les établissements de santé privés liés aux établissements parties du GHT.

» À NOTER

Si le GHT concerne en première intention les établissements publics de santé et, dans une certaine mesure, les établissements et services publics médico-sociaux, les textes ouvrent la perspective de travailler, autour du projet médical partagé, avec le secteur privé dans le cadre d'une convention de partenariat.

Ce dispositif répond de toute évidence aux coopérations public/privé particulièrement intégrées où l'établissement de santé privé est un partenaire naturel de l'hôpital. Il fondera à terme la mise en cohérence du projet médical partagé du GHT et du projet médical du partenaire privé.

Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge et constituant une déclinaison du projet médical partagé est également élaboré.

2. Le contenu du projet médical partagé et du projet de soins partagé

Le projet médical partagé

Le projet médical partagé des établissements présente les orientations stratégiques des établissements de santé au sein d'un groupement hospitalier de territoire.

Le projet médical partagé est défini dans la convention constitutive du GHT ; il en constitue un volet spécifique. À ce titre, il doit être conforme au projet régional de santé. L'agence régionale de santé (ARS) apprécie cette conformité lors de l'approbation de la convention et de ses éventuelles modifications.

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment :

- les objectifs médicaux ;
- les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :
 - la permanence et la continuité des soins,
 - les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées,
 - les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - les plateaux techniques,
 - la prise en charge des urgences et soins non programmés,
 - l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles,
 - les activités d'hospitalisation à domicile,
 - les activités de prise en charge médico-sociale ;
- les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
- les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
- le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;



- les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

» À NOTER

Dans le cadre de la rédaction du projet médical partagé, les établissements parties identifient les filières de prise en charge des patients au sein du GHT.



PROJET RÉGIONAL
DE SANTÉ

PROJET MÉDICAL
PARTAGÉ DU GHT

PROJET MÉDICAL
DES ÉTABLISSEMENTS
PARTIES AU GHT

» À NOTER

Les projets médicaux d'établissements parties devront être conformes au projet médical partagé du GHT ainsi qu'aux orientations stratégiques régionales. Cette exigence de conformité se mettra en œuvre de façon progressive, dans des délais qui peuvent être définis dans la convention constitutive. Cette exigence de conformité est résumée dans le schéma ci-contre.

Le projet médical partagé de GHT est transmis à l'agence régionale de santé située dans le ressort de l'établissement support avant la conclusion de la convention constitutive de GHT ; il est intégré à cette convention. À défaut de projet médical partagé, la convention de GHT ne peut être conclue.

Le projet de soins partagé

Le projet de soins partagé ne peut être conçu que sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières de prises en charge du projet médical partagé du GHT. Il s'agit de la traduction, sur le plan soignant, des orientations retenues dans le projet médical. Il doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge.

» À NOTER

L'article 4 du décret n°2002-550 modifié du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs de soins dans la fonction publique hospitalière met à la charge du directeur des soins, coordonnateur général des soins, une obligation d'élaborer, avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical de l'établissement public de santé dans lequel il est affecté.

L'exigence de cohérence entre le projet médical et le projet de soins, transposée au GHT, fait du projet de soins partagé la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le projet médical partagé du groupement. Cette déclinaison paramédicale porte sur les filières de soins. Elle inclut la prise en charge globale du patient, la qualité, la sécurité et la gestion des risques liées aux soins, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la recherche...

3. La procédure d'élaboration du projet médical partagé et du projet de soins partagé

La rédaction du projet médical partagé et du projet de soins partagé est assurée par les équipes médicales et soignantes concernées pour chaque filière mentionnée au projet médical partagé.

En ce qui concerne le projet médical partagé, il est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé, chaque année, par son président, du bilan de sa mise en œuvre.

» À NOTER

Partie intégrante de la convention constitutive du GHT, le projet médical partagé est élaboré et adopté dans le cadre de la procédure d'élaboration de ladite convention constitutive de GHT et selon les modalités retenues pour celle-ci.

Selon les compétences reconnues au collège médical ou à la commission médicale de groupement ainsi qu'à la CSIRMT de groupement, ces instances pourront à l'avenir intervenir respectivement dans l'élaboration du projet médical partagé et du projet de soins partagé.

En ce qui concerne le positionnement des CME des établissements parties sur le projet médical partagé, il est prévu que la convention constitutive de GHT détermine les conditions d'articulation entre les CME des établissements parties, selon des modalités à définir.

4. La durée, la mise en œuvre et l'évaluation du projet médical partagé et du projet de soins partagé

Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.

En dehors de cette révision quinquennale, ce document n'est pas figé dans son contenu. Il est, de par sa finalité, évolutif. Il a donc vocation à être revu à échéances régulières.

» À NOTER

Le projet médical partagé pourra ainsi être actualisé afin de prendre en compte les projets territoriaux de santé mentale et de communautés psychiatriques de territoire qui pourront émerger sur le territoire concerné. Ces deux dispositifs ont été introduits par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé. Un décret d'application est à paraître.

Enfin, un dispositif d'évaluation du projet médical partagé est prévu. Cette évaluation repose sur :

- le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement qui coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation ;

» À NOTER

Il est important de prévoir des modalités et des critères précis d'évaluation du projet médical partagé, notamment le « qui fait quoi » dans le cadre de la conduite des projets transversaux découlant du projet médical partagé. Ces modalités de suivi de la mise en œuvre du projet médical partagé ont vocation à figurer dans le règlement intérieur du groupement.

- le comité territorial des élus locaux qui évalue et contrôle, de manière globale, les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. Cette évaluation peut conduire à identifier des actions complémentaires à faire figurer dans le projet médical partagé.

Le projet de soins partagé, déclinaison paramédicale du projet médical partagé, obéit aux mêmes principes concernant sa durée, les modalités de sa mise en œuvre et son évaluation.



5. Le calendrier de déploiement du projet médical partagé et du projet de soins partagé

Un calendrier prévoit un déploiement progressif du projet médical partagé du GHT :

- à compter de la publication du décret relatif aux groupements hospitaliers de territoire, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux ;
- au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;

» À NOTER

Il n'existe pas de définition législative ou réglementaire de la notion de filière. Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, dans le cadre de la mission que leur a confiée Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ont proposé une définition de cette notion de filière (page 10 du rapport) :

Une filière peut être définie à partir de trois critères. Chaque filière correspond à :

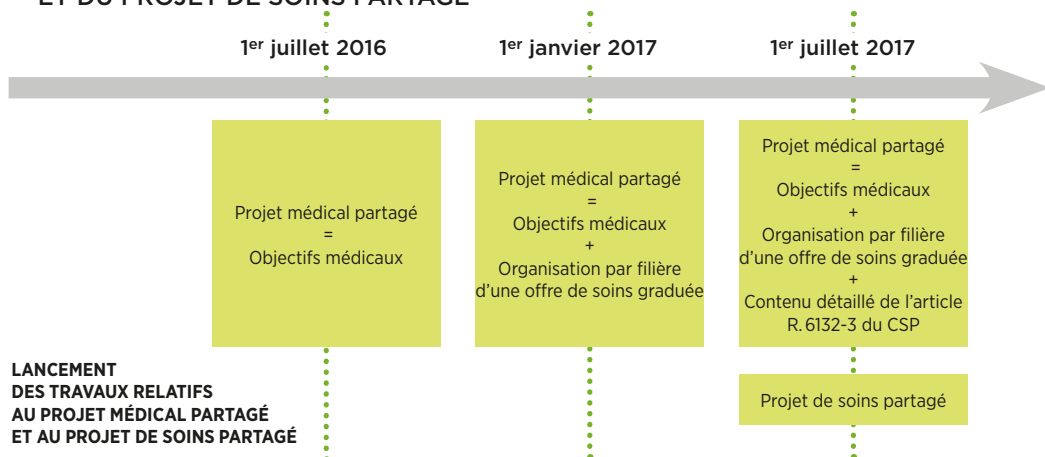
- un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.),
- des indications de prises en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité),
- un profil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

- au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et le projet de soins est élaboré.

» À NOTER

Le calendrier permet une montée en puissance progressive du projet médical partagé et du projet de soins partagé, adaptée aux différents contextes.

» CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET DU PROJET DE SOINS PARTAGÉ



Évolutions et conséquences

Le projet médical partagé est, de toute évidence, la pierre angulaire du dispositif. En effet, il a pour objectif premier d'organiser sur le territoire une prise en charge graduée des patients sur des filières identifiées, avec une offre de proximité, de référence et de recours.

De surcroît, c'est du projet médical partagé que découlent, en plus des fonctions et activités obligatoirement dévolues à l'établissement support (système d'information hospitalier, DIM, fonction achats, formation) :

- l'identification des activités et fonctions obligatoirement mises en commun, comme l'imagerie diagnostique et interventionnelle, la biologie médicale, la pharmacie et certaines activités cliniques et médico-techniques ;
- l'organisation de la répartition des activités de soins entre établissements (des transferts d'activités de soins et d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement étant possibles) ;
- la mise en place d'équipes médicales communes ;
- la constitution de pôles interétablissements.

Le projet médical partagé, établi entre les établissements publics de santé et, le cas échéant, les établissements et services médico-sociaux publics membres du GHT, peut tout à fait s'articuler avec les partenariats qui seraient noués avec le secteur privé, dans le cadre de conventions *ad hoc*.

Les multiples coopérations médicales public/privé antérieures à la loi ne sont pas remises en cause, y compris celles qui prennent la forme de structures de coopération organique comme les groupements de coopération sanitaire pour la mise en commun des moyens nécessaires au déploiement d'une activité médicale (cancérologie, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie notamment) ou encore les groupements d'intérêt économique pour l'exploitation mutualisée d'un scanner ou d'une IRM. Seulement, ces coopérations avec le secteur privé ont vocation à se structurer davantage pour s'inscrire dans le cadre général du projet médical partagé. Elles ne se substituent pas à la nécessaire mise en place de filières interhospitalières public/public ; elles en deviennent un complément.

» À RETENIR

- Le projet médical partagé a comme objet principal de mettre en place une stratégie territoriale. Il a vocation à déterminer par filière une offre de proximité, de recours et de référence, sur l'ensemble de l'activité des établissements de santé.
- La loi en fait la pierre angulaire du GHT : c'est du projet médical partagé que découlent le périmètre du GHT et, selon les fonctions et activités, le niveau de mutualisation.
- Le déploiement du projet médical partagé est progressif.
- Le projet de soins partagé est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques figurant dans le projet médical partagé.

LES FONDEMENTS

2. LES PARTIES PRENANTES

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L.6132-2 du code de la santé publique

Dispositif

La loi distingue d'une part les établissements « parties » à un GHT, d'autre part les établissements « partenaires » ou « associés » au groupement.

1. Les établissements parties

» À NOTER

Sur le plan juridique, la loi n'impose pas que le périmètre du GHT (déterminé par les établissements qui y sont parties) corresponde au territoire de démocratie sanitaire, tel que visé à l'article L.1434-9 du code de la santé publique. Notamment, un GHT peut couvrir un périmètre relevant de plusieurs régions différentes.

La notion d'établissement partie s'adresse tout d'abord aux établissements publics de santé, au sens de l'article L.6141-1 du code de la santé publique. Tous les établissements publics de santé sont concernés, quel que soit leur ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national.

» À NOTER

Par dérogation, les dispositions de l'article L.6132-1 du code de la santé publique ne sont pas applicables à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui n'est donc pas soumise à l'obligation de constituer un GHT.

Chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT, qui constitue donc pour les établissements publics de santé un dispositif de coopération obligatoire. Peuvent également être parties à un GHT les établissements ou services médico-sociaux publics. Pour ces établissements, l'adhésion à un GHT reste facultative et son opportunité doit être réfléchie pour les établissements concernés.

» À NOTER

À travers cette possibilité des établissements et services médico-sociaux publics d'adhérer à un GHT, sont notamment concernés :

- dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ;
- dans le champ du handicap, les établissements et services pour adultes (maisons d'accueil spécialisées [MAS], foyers d'accueil médicalisés [FAM]) et enfants (instituts médico-éducatifs [IME], instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques [Itep])...

Les établissements et services sociaux ne sont pas concernés par le dispositif des GHT.

» À NOTER

L'adhésion d'un établissement médico-social public à un GHT suppose (à la différence des établissements publics de santé) une délibération du conseil d'administration de l'établissement.

On retiendra que, quel que soit son statut (établissement public de santé ou établissement ou service médico-social public), un établissement ne peut être partie qu'à une seule convention de GHT.

Le statut d'établissement partie emporte trois conséquences notables :

- l'adhésion au projet médical partagé : tout établissement partie s'engage dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical partagé du groupement ;
- l'adhésion aux engagements figurant dans la convention constitutive de GHT ;
- la mise en œuvre des mutualisations prévues par la loi et mises en œuvre par l'établissement support pour le compte de tous les établissements parties au groupement.

2. Les établissements associés ou partenaires

À côté des établissements parties, la loi a défini :

- un statut d'établissement « associé » ;
- un statut d'établissement « partenaire », s'agissant des établissements de santé privés.

Le statut d'établissement associé ou partenaire emporte un engagement de nature moins intégrative que celle d'établissement partie, comme indiqué dans le tableau ci-après.



» LES DIFFÉRENTS ACTEURS D'UN GHT

	PARTIE	ASSOCIÉ	PARTENAIRE
Établissements publics de santé dont CHU dont CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Établissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Établissements de santé privés			Facultatif
	PROJET MÉDICAL PARTAGÉ + MUTUALISATIONS	PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ (tout ou partie)	

Ainsi, peuvent revêtir ce statut d'associé ou de partenaire des établissements qui :

- soit n'ont pas le statut d'établissements publics sanitaires ou médico-sociaux ;
- soit sont déjà parties à un autre GHT.

Les modalités précises de l'association et du partenariat sont définies, par catégorie d'acteurs, ci-dessous.

Les centres hospitaliers et universitaires

Tous les GHT s'associent à un centre hospitalier et universitaire (CHU) au titre des activités hospitalières et universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, c'est-à-dire :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association conclue entre l'établissement support du GHT et le CHU.

On ne confondra pas la position d'un CHU partie à un GHT, et donc membre à part entière de ce groupement, et celle d'un CHU associé à un GHT dont il n'est pas membre. Un CHU peut donc être à la fois partie à un GHT et associé à un ou plusieurs autres GHT pour assurer, au bénéfice des établissements parties, la coordination des activités hospitalières et universitaires précitées (voir fiche 3).

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie

Tout établissement public de santé exerçant (de façon partielle ou exclusive) une activité de psychiatrie, peut, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement support du GHT concerné, être associé à l'élaboration du projet médical partagé d'un groupement auquel il n'est pas partie, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

» À NOTER

Les communautés psychiatriques de territoire ont été introduites par la loi du 26 janvier 2016 :

« Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret. » Art. L. 3221-2 CSP
Le décret est à paraître.

Un établissement autorisé en psychiatrie peut donc être à la fois membre d'un GHT et associé d'un ou plusieurs autres GHT, afin de pouvoir participer à l'élaboration du projet médical partagé. Cette hypothèse pourrait notamment se présenter lorsque le découpage sectoriel de la psychiatrie dans un territoire ne correspond pas au périmètre des GHT constitués.

Les hôpitaux des armées

Les hôpitaux des armées (HIA), après autorisation du ministre de la Défense et accord du directeur général de l'ARS dont dépend l'établissement support d'un GHT, peuvent être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

» À NOTER

Les hôpitaux d'instruction des armées sont au nombre de huit :

- Laveran, à Marseille (13)
- Clermont-Tonnerre, à Brest (29)
- Robert-Picque, à Bordeaux (33)
- Legouest, à Metz (57)
- Desgenettes, à Lyon (69)
- Sainte-Anne, à Toulon (83)
- Percy, à Clamart (92)
- Bégin, à Saint-Mandé (94)

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

Ces établissements sont nécessairement associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires. Rappelons à cet égard que les établissements d'HAD sont considérés depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 comme des établissements de santé. En pratique, ils sont de statuts variés, publics ou privés (à but lucratif ou non lucratif), rattachés à un établissement ou autonomes.

L'hypothèse pourra se présenter d'une association du GHT avec plusieurs structures d'HAD, le périmètre d'un GHT pouvant chevaucher les zones d'intervention de plusieurs structures d'HAD. De même, une structure d'HAD pourrait être associée à plusieurs GHT si la zone sur laquelle elle intervient relève de plusieurs GHT. Quelle que soit la configuration sur le terrain, l'enjeu reste la prise en compte de cette modalité de prise en charge par le projet médical partagé du GHT, sur l'ensemble de son périmètre géographique.

» À NOTER

La décision d'autorisation d'une activité d'HAD précise le périmètre d'intervention, c'est-à-dire les communes dans le ressort desquelles la structure d'HAD est autorisée à intervenir.

Le périmètre d'intervention des établissements parties à un GHT n'est en revanche pas fixé par la loi et dépend des flux de patients, qui dépassent bien souvent le ressort des communes dans lesquelles ces établissements ont leur siège. Il s'agira sur ce point d'avoir une approche pragmatique de la notion de « périmètre » du GHT et de se baser sur la réalité des flux géographiques principaux de patients pris en charge par les établissements parties à un GHT pour déterminer valablement la nécessité d'association avec une ou plusieurs structures d'HAD.

Les établissements de santé privés

Les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un GHT, et ce quels que soient leur statut juridique ou leur caractère lucratif ou non lucratif. Conformément à la loi, ce partenariat prend la forme d'une convention qui prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

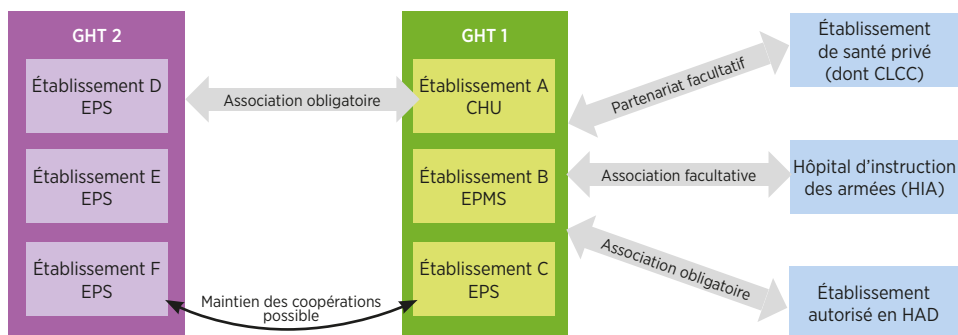


Le partenariat d'un GHT avec un établissement de santé privé reste facultatif. Il peut néanmoins permettre d'intégrer à la construction du projet médical partagé des flux coopératifs existants d'établissements publics parties au groupement avec des établissements de santé privés.

» À NOTER

Au-delà des associations et partenariats spécifiquement prévus par la loi, les établissements demeurent libres de conclure des conventions de coopération complémentaires avec les établissements parties à un GHT. Cela peut par exemple permettre à un établissement médico-social qui ne serait pas partie à un GHT d'organiser une association avec les établissements de ce GHT.

» LES LIAISONS COOPÉRATIVES ENTRE LE GHT ET LES AUTRES ACTEURS DE SANTÉ



Évolutions et conséquences

Le périmètre du GHT, c'est-à-dire la liste des établissements publics qui en sont parties, pose la question de la gouvernance du groupement. Si la loi a entendu distinguer établissements parties d'une part, établissements partenaires ou associés d'autre part, c'est avant tout pour que les acteurs déterminent des niveaux d'implication différents.

Il conviendra donc de veiller à la rédaction d'engagements contractuels différenciés, selon que l'acteur concerné est partie au groupement ou simplement partenaire/associé. La convention constitutive est complétée :

- pour les activités hospitalières et universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3 du CSP, par une convention d'association passée entre l'établissement support du GHT et le CHU (cette convention traduisant l'association du CHU au projet médical partagé du GHT) ;

- pour les établissements associés au GHT qui participent à l'élaboration du projet médical partagé par des conventions d'association ;
- pour les établissements privés, par une convention de partenariat mentionnant l'articulation de leur projet médical avec le projet médical partagé du GHT.

S'agissant de ces deux dernières catégories de conventions d'association et de partenariat, il ne peut qu'être recommandé qu'elles soient conclues avec l'établissement support.

Des partenariats et associations complémentaires à ceux spécifiquement ciblés dans la loi peuvent être conclus, dans le cadre du régime de droit commun de la coopération. Cela pourra utilement concerner les partenariats avec le secteur ambulatoire et les professionnels de la proximité.

À noter qu'à l'occasion de la formalisation des engagements contractuels, une attention particulière devra être portée à la question des équilibres décisionnels, afin de concilier, d'une part, une représentation de l'ensemble des acteurs au projet selon leur statut (partie, associé, partenaire), d'autre part la nécessaire représentativité et efficacité des organes décisionnels du groupement.

Afin de permettre une mise en place la plus souple possible, la convention constitutive peut prévoir de déléguer au directeur de l'établissement support la compétence de conclure les conventions d'association et de partenariat pour le compte de tous les établissements parties au GHT.

» À RETENIR

- Tout établissement public de santé est obligatoirement partie à un GHT. Les établissements et services publics médico-sociaux peuvent également être parties à un GHT, sur le mode du volontariat.
- La loi prévoit l'association obligatoire au GHT, pour l'élaboration du projet médical partagé, des CHU (coordination des activités hospitalières et universitaires) et des établissements d'HAD.
- L'association des établissements publics autorisés en psychiatrie, des hôpitaux d'instruction des armées, et le partenariat avec les établissements de santé privés sont également envisageables, par convention.

LES FONDEMENTS

3 • LA PLACE DES CHU

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-1 et L. 6132-3 du code de la santé publique
- o Art. 1 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-3 du code de la santé publique

Dispositif

Comme tout établissement public de santé, le CHU est partie à une convention de GHT, au plus tard le 1^{er} juillet 2016. À ce titre, le CHU est membre d'un groupement.

Chaque CHU est également associé aux autres GHT de sa subdivision universitaire pour décliner les quatre missions hospitalières et universitaires identifiées par la loi.

1. Le principe d'association du CHU pour les activités hospitalières et universitaires

Tous les GHT s'associent à un CHU au titre des activités suivantes :

- o les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- o les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du code de la santé publique ;
- o les missions de gestion de la démographie médicale ;
- o les missions de référence et de recours.

» À NOTER

Pour mémoire, l'article L.6142-1 du code de la santé publique indique :

« Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie. »

Un CHU se trouvera en général dans deux situations : être partie à un GHT (à l'exception de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris), et donc membre à part entière de ce groupement, et être associé à plusieurs autres GHT dont il ne sera pas membre. Il devra assurer, au bénéfice des établissements parties à ces différents groupements, la coordination des activités hospitalières et universitaires précitées.



2. La formalisation de l'association du CHU

L'association du CHU au GHT se traduit à un plusieurs niveaux :

- **dans le projet médical partagé du GHT** : le projet médical partagé du GHT comprend les conditions de mise en œuvre de l'association du CHU pour l'ensemble des activités hospitalo-universitaires précédemment visées ;
- **dans une convention d'association** : l'association est mise en œuvre par une convention passée entre le CHU et l'établissement support. Cette convention a vocation à inclure les conditions de mise en œuvre de l'association, de son suivi et de l'évaluation des parcours patients, ainsi que les modalités de gouvernance partagée dans les domaines des projets médicaux communs, relatifs aux missions rappelées ci-dessus ;
- **dans le projet médical du CHU** : le projet médical du CHU a également vocation à inclure les conditions de mise en œuvre de l'association avec chaque GHT concerné, pour l'ensemble des activités hospitalières et universitaires précédemment visées.

Évolutions et conséquences

Il apparaît souhaitable de valoriser la dimension hospitalière et universitaire en permettant à tous les GHT, y compris ceux qui n'auraient pas de CHU parmi leurs membres, de bénéficier de l'expertise de ces établissements dans certains domaines et de construire une stratégie d'alliance réciproque. Cette association a vocation à se faire de façon pragmatique, en s'appuyant sur les subdivisions universitaires pour répondre aux missions suivantes.

Enrichir la formation des futurs professionnels de santé

S'agissant de la formation initiale des professionnels médicaux, l'université est responsable de l'agrément des terrains de stage, dont la répartition doit obéir à la fois aux exigences pédagogiques, primordiales, et à la nécessité de mailler le territoire couvert par le GHT en futurs professionnels. Ces éléments varient en fonction des spécialités.



Développer la recherche et l'innovation en santé

La conduite de la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins requiert des compétences professionnelles rares, en plus des compétences strictement médicales ou paramédicales : méthodologie, biostatistique, bioinformatique ou économie de la santé, par exemple. Ces ressources sont habituellement présentes dans différentes structures du CHU ou liées à lui : DRCI, CIC et CRC notamment, mais aussi dans les unités de recherche mixtes de l'Inserm, du CNRS ou du CEA. Le GHT est l'occasion pour le CHU de partager ces compétences avec les établissements qui ne les détiennent pas mais aussi d'offrir des capacités supplémentaires en matière d'investigation et de recrutement pour les essais cliniques.

Cette subsidiarité bien comprise est un moyen d'accroître l'attractivité de l'exercice professionnel, de favoriser la rigueur des pratiques professionnelles et d'améliorer la qualité des soins.

Lorsque l'un des établissements du GHT disposera d'un centre de recherche clinique, l'association s'effectuera principalement sur le plan méthodologique : mise à disposition de temps de méthodologiste, écriture et mise en place de protocoles de recherche.

Lorsque le GHT ne comportera pas de structure de recherche, le rôle du CHU a vocation à être plus large et pourra porter sur :

- la proposition d'action de recherches médicales hospitalières,
- le support méthodologique,
- l'aide au relevé des données des essais cliniques,
- la promotion de la recherche sur le territoire, en association avec la médecine ambulatoire et les maisons médicales, permettant de conduire des travaux d'évaluation du parcours patient.

Enfin, les CHU ont la possibilité de réaliser les investissements en matière d'équipements innovants, lesquels peuvent être partagés avec les établissements du GHT.

Optimiser la gestion de la démographie médicale

L'association au CHU a pour objectif la mise en adéquation :

- des besoins médicaux : états des lieux des postes existants dans les établissements de la subdivision, adaptation qualitative et quantitative de ces postes selon les projets médicaux, incluant la continuité des soins et la formation ;
- des ressources médicales, représentées en premier lieu pour le CHU par les filières de troisième cycle.

L'association vise :

- à faciliter la mise en place de postes partagés et/ou le recrutement de praticiens ;
- à permettre une approche personnalisée pour chaque praticien en fonction des spécialités concernées et des établissements, et s'appuyant sur des profils de postes.

Des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales, territoriale, partagée, peuvent être mis en place.

Organiser la gradation des soins, notamment de référence et de recours

La référence s'intègre généralement à un parcours de soins interrégional ou national. Elle qualifie une compétence et une expertise dont la visibilité, la notoriété et la nécessité dépassent largement le cadre local, voire régional (exemple de certaines maladies ou cancers rares, des centres nationaux de référence, etc.). Elle est en général assumée par les CHU, mais peut faire l'objet de coopération avec d'autres établissements du ressort universitaire.

Le recours devrait être équitablement réparti sur le territoire national et constituer le cœur de métier d'un CHU ou d'un CH d'importance, dans le cadre d'une offre de soins graduée, déclinée par discipline médicale dans la convention d'association. Quand il n'est pas assumé au sein de leur GHT, les établissements du GHT pourront donc organiser prioritairement ce recours avec le CHU auquel ils sont associés, dans le cadre d'une stratégie d'alliance réciproque et dans un esprit de partenariat permettant à chaque établissement d'en bénéficier.

» À RETENIR

- Chaque CHU à l'exception de l'AP-HP, comme tout établissement public de santé, est partie d'un GHT à compter du 1^{er} juillet 2016.
- Pour les GHT qui ne comporteraient pas de CHU en leur sein, et afin de permettre un apport d'expertise sur certaines activités hospitalières et universitaires, un CHU y est systématiquement associé.
- Cette association est formalisée par la passation d'une convention avec l'établissement support du GHT.

LES FONDEMENTS

4 • LA CONVENTION CONSTITUTIVE

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-2 du code de la santé publique
- Art. 1 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-1 et s. du code de la santé publique

Dispositif

1. Élaboration de la convention constitutive

L'élaboration et la conclusion de la convention constitutive constituent le cœur de la démarche de création du groupement hospitalier de territoire.

Les textes en détaillent la procédure de création et le calendrier de mise en place (voir respectivement fiches 6 et 7).

On retiendra que la convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. Cette décision, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'ARS.

Rappelons également que la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire constitue un dispositif purement conventionnel, qui ne confère pas la personnalité morale au GHT.

» À NOTER

Compte tenu du rôle de l'établissement support et des compétences dévolues au chef de l'établissement support, la création d'une coopération organique, en plus de la convention constitutive de GHT, n'est pas opportune.

2. Contenu de la convention constitutive

La convention constitutive est définie de façon matérielle par l'article L. 6132-2-II et les dispositions réglementaires du code de la santé publique. Ainsi, la convention constitutive est constituée de deux volets :

- un volet relatif au projet médical partagé (voir fiche 1) ;

» À NOTER

Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est également élaboré.

- 
- un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

La convention doit également comporter les compétences déléguées à l'établissement support du groupement. Elle fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement.

» À NOTER

Ce second volet consiste à déterminer les conditions d'une gouvernance du groupement hospitalier de territoire. Le GHT n'étant pas doté de la personnalité morale, la convention constitutive ne crée pas de structure organique nouvelle. La convention constitutive doit donc précisément détailler les modalités du pilotage du groupement sur un plan à la fois collégial (rôle des différentes instances introduites par les textes) et exécutif (rôle de l'établissement support, chargé notamment d'assurer certaines fonctions pour le compte des établissements parties). La convention constitutive est à cet égard déterminante (**voir fiche 5**).

Le tableau des pages suivantes récapitule, sur la base des dispositions légales et réglementaires, les éléments devant obligatoirement figurer dans la convention constitutive, dans sa version du 1^{er} juillet 2016.



» CE QUE DOIT CONTENIR LA CONVENTION CONSTITUTIVE DE GHT
VERSION DU 1^{er} JUILLET 2016 ET AVENANT ULTÉRIEUR

DISPOSITIONS DEVANT FIGURER DANS LA CONVENTION CONSTITUTIVE	VERSION DU 1 ^{er} JUILLET 2016	AVENANT ULTÉRIEUR ENVISAGEABLE
Visas	Pour chaque établissement partie : <ul style="list-style-type: none"> • concertation du directoire • avis du CTE • avis de la CME sur CC + option collège ou commission • avis de la CSIRMT sur CC • avis de la CDU : option comité ou commission • avis CS et délibération CS sur le siège de l'établissement support • attention aux quorums 	

1 - VOLET PROJET MÉDICAL

Projet médical partagé	Les objectifs médicaux du GHT	<ul style="list-style-type: none"> • Au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT définit les objectifs et l'organisation par filières • Au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique. Les projets médicaux des établissements parties doivent être conformes au projet médical partagé du groupement
------------------------	-------------------------------	---

Projet de soins partagé		Applicable au 1 ^{er} juillet 2017
Transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements		Conséquence du PMP abouti
Organisation des activités et répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques		Conséquence du PMP abouti
Modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements		Conséquence du PMP abouti

DISPOSITIONS DEVANT FIGURER DANS LA CONVENTION CONSTITUTIVE	VERSION DU 1 ^{er} JUILLET 2016	AVENANT ULTÉRIEUR ENVISAGEABLE
2 - VOLET ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT		
Désignation de l'établissement support	Approbation par les CS des établissements parties à la majorité des deux tiers	
Comité stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Composition et présidence Fixées par décret <i>Si bureau : composition et compétences</i> • Compétences : à préciser • Fonctionnement : à définir 	
Comité territorial des élus locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser au-delà des membres de droit • Présidence : à définir • Compétences : à préciser • Missions : à définir • Fonctionnement : à définir 	
Collège médical ou commission médicale de groupement	<ul style="list-style-type: none"> • Option entre les deux modalités exprimée dans leur avis par la majorité des CME des établissements parties <i>Si collège médical</i> • Composition : à définir • Compétences : à définir <i>Si commission médicale</i> • Composition : à préciser <ul style="list-style-type: none"> • Compétences : définir les délégations des CME des établissements parties à la commission médicale du groupement 	
CSIRMT de groupement	<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser • Compétences : définir les délégations des CSIRMT des établissements parties à la CSIRMT du groupement 	
Comité des usagers ou commission des usagers du groupement	<ul style="list-style-type: none"> • Option entre les deux modalités exprimée dans leur avis par la majorité des CDU des établissements parties <i>Si comité des usagers du groupement</i> • Composition : à définir • Compétences : à définir <i>Si commission des usagers du groupement</i> • Composition : à définir • Compétences : définir les délégations des CDU des établissements parties à la CDU du groupement 	
Conférence territoriale de dialogue social	<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser pour organisations représentées dans plusieurs CTE • Compétences : fixées par décret 	
Fonctions mutualisées	Modalités de mise en œuvre des mutualisations, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • modalités de coordination des instituts et des écoles • modalités de coordination des plans de formation 	



3. Évolution de la convention constitutive

La convention constitutive est conclue pour une durée de 10 ans.

» À NOTER

Toutefois, le projet médical qui la compose est élaboré pour une période maximale de 5 ans.

Les modifications apportées à la convention constitutive sont effectuées par voie d'avenant, dans le respect du principe de parallélisme des formes, qui imposera de suivre les mêmes règles de procédure que celles suivies pour son élaboration dans sa forme initiale.

» À NOTER

Ces modifications pourront notamment porter sur le projet médical partagé et les choix de gouvernance (mise en place d'une commission médicale dans un deuxième temps, en lieu et place du collège médical par exemple).

Il est possible de prévoir, dès la première version de la convention constitutive, un calendrier d'évaluation de la mise en œuvre du GHT pouvant conduire à des éventuelles modifications de la convention.

» À NOTER

En ce qui concerne les éventuelles modifications de périmètre du GHT, il est recommandé de prévoir des clauses spécifiques dans la convention afin de permettre, par exemple, un dispositif adapté d'adhésion d'un nouveau membre. Ce dispositif pourra ainsi déroger aux règles de procédure relatives à l'élaboration de la convention constitutive.

4. Articulation de la convention constitutive avec le règlement intérieur

Les dispositions relatives à la convention constitutive du GHT en fixent le contenu de façon non exhaustive. Ainsi, d'un strict point de vue juridique, les établissements parties peuvent aller au-delà et fixer dans la convention constitutive d'autres engagements.

Un règlement intérieur doit également être mis en place. Il détaillera un certain nombre des engagements contractuels actés dans la convention constitutive.

» À NOTER

Sur un plan purement pratique, il est donc recommandé aux établissements parties de limiter la rédaction de la convention constitutive aux exigences légales et réglementaires, et de mesurer, au cas par cas, l'opportunité d'aller au-delà. La convention constitutive pourra renvoyer au règlement intérieur, selon des modalités à fixer, le détail des engagements contractuels. Le règlement intérieur, outil interne de fonctionnement du GHT, sera en effet soumis à une procédure de modification plus souple que celle à respecter pour modification de la convention constitutive de GHT.

S'agissant de l'articulation entre règlement intérieur et convention constitutive du GHT, voir fiche 13.

5. Articulation de la convention constitutive du GHT avec d'autres conventions

La convention constitutive du GHT peut également être complétée par d'autres dispositifs juridiques qui permettront d'en assurer la pleine mise en œuvre opérationnelle, en fonction des orientations stratégiques et options organisationnelles retenues par les établissements parties. En particulier : les conventions d'association avec les CHU, les conventions de partenariats avec les établissements privés ou encore les conventions de mise à disposition des personnels.

Évolutions et conséquences

Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. La convention constitutive revêt donc une importance fondamentale dans la structuration à venir de l'organisation hospitalière.

D'abord, le GHT repose sur la conclusion de cette convention constitutive entre les établissements parties. La convention constitutive est opposable aux établissements qui la concluent : elle inclut des engagements contractuels de tous les établissements signataires, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. En vertu des principes du droit des contrats, la convention oblige donc les établissements signataires, parties au groupement, et implique pour chacun d'eux de respecter ses engagements.

Ensuite, l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire est une obligation pour les établissements publics de santé.

Pour ces raisons, la rédaction de la convention constitutive appelle à une grande vigilance, tenant aussi bien à son contenu stratégique qu'à sa portée juridique pour les établissements parties.

» À RETENIR

- Le contenu de la convention constitutive du GHT est fixé par la loi et les dispositions réglementaires.
- Elle comporte deux volets, respectivement consacrés au projet médical partagé et aux modalités de fonctionnement du GHT.
- Son contenu engage contractuellement les établissements signataires.

LES FONDEMENTS

5. LE PILOTAGE DU GHT

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6143-7 et L. 6132-2 et s. du code de la santé publique
- o Art. 1 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-9 du code de la santé publique

Dispositif

Trois dispositifs sont prévus pour assurer le pilotage du GHT.

1. La désignation d'un établissement support

Un établissement support, disposant d'un statut particulier par rapport aux autres membres du GHT est désigné. Il est chargé d'assurer certaines fonctions et activités pour le compte des autres établissements parties au groupement.

2. La création d'instances de gouvernance

Le GHT fonctionne sur la base de cinq instances communes de gouvernance.

Le comité stratégique

Il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention, du projet médical partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions.

- o Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le président du collège médical de groupement ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et, lorsqu'un CHU est partie au groupement, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale en sont membres de droit.
- o Il est présidé par le directeur de l'établissement support.
- o Il peut mettre en place un bureau restreint vers lequel il organise une délégation de compétences.

» À NOTER

Plus le GHT rassemblera un grand nombre d'établissements parties, plus la question de constituer un bureau revêtra une importance particulière.

L'enjeu est que, compte tenu du nombre potentiel de représentants par établissement partie au groupement, le comité stratégique puisse se réunir et surtout se positionner avec toute la légitimité requise.

Si les établissements parties au groupement optent pour la constitution d'un bureau, il faut de toute évidence veiller, dans la composition de ce bureau, à une juste répartition des établissements parties au groupement à apprécier au regard des rapports de force et des enjeux et de la qualité des représentants qui y siègent. Elle doit veiller à une juste représentation des personnels médico-soignants.

La composition du bureau est à définir dans la convention constitutive du GHT.

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

» À NOTER

Le comité stratégique, ou le bureau, conseille et oriente le directeur de l'établissement support sur l'ensemble des sujets en lien avec la convention constitutive de GHT et le projet médical partagé.

En ce sens, le comité stratégique doit être vu comme une instance de concertation.

- Il élabore et adopte le règlement intérieur du groupement.
- Il reçoit les avis émis par la commission médicale, ou le collège médical, de groupement, par la CSIRMT de groupement et par la commission ou le comité des usagers de groupement.
- Il reçoit pour avis les EPRD des établissements parties au groupement.
- Le médecin responsable du DIM de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.

Le collège médical ou la commission médicale de groupement

Cette instance est prévue par la convention constitutive de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des CME des établissements parties.

» À NOTER

Les CME des établissements parties au groupement doivent se positionner concernant l'instance médicale commune qui est constituée au niveau du GHT. Est créé soit un collège médical, soit une commission médicale de groupement.

- Si un collège médical est mis en place, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive.
- Si une commission médicale de groupement est mise en place, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les CME des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.



La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement doit être déterminée dans la convention constitutive.

Cette instance dispose de compétences propres (*a minima* elle donne un avis sur le projet médical partagé et est informée du bilan de sa mise en œuvre). Cette instance dispose aussi de compétences déléguées par les CME des établissements parties. Ces délégations, organisées par délibération, ont vocation à permettre d'assurer une meilleure articulation entre les instances des établissements parties et le GHT. Dans ce cas, les délégations de compétences doivent être prévues par la convention constitutive.

» À NOTER

Si une commission médicale de groupement est créée, une composition *a minima* est instituée par les textes avec des membres de droit (les présidents des CME des établissements parties au groupement), des représentants désignés par les CME des établissements parties pour les établissements publics de santé et des représentants des professionnels médicaux des établissements médico-sociaux.

Le principe de délégation de certaines compétences des CME des établissements parties au groupement est posé. Il faut alors prévoir, à l'occasion de la rédaction de la convention constitutive, la ou les compétences déléguées et l'articulation du champ de compétences de la commission médicale de groupement avec celui des CME des établissements parties au groupement.

Les CME des établissements parties doivent délibérer sur ce point, qui peut faire l'objet d'un avenant à la convention constitutive.

- Le collège médical ou la commission médicale du groupement examine pour avis le projet médical partagé du groupement et est informé du bilan de sa mise en œuvre, par son président.
- Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.
- Le président du collège médical ou de la commission médicale coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. Il détient un pouvoir de proposition concernant la nomination du médecin responsable du DIM de territoire et des chefs de pôle interétablissements.
- La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est incompatible avec les fonctions de chef de pôle, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie.
- Les avis émis par le collège médical ou la commission médicale sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

» À NOTER

Les établissements parties peuvent définir des règles de transmission des avis élargies dans le cadre du règlement intérieur du groupement ou celui de chaque instance.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement

La convention constitutive de GHT prévoit la mise en place de cette instance.

» À NOTER

Une CSIRMT de groupement est automatiquement constituée.

- Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions de CSIRMT des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.
- La répartition des sièges au sein de la CSIRMT de groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les CSIRMT des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

» À NOTER

Le principe d'une délégation de certaines missions des CSIRMT des établissements parties au groupement est une fois encore posé. Il faut mentionner, à l'occasion de la rédaction de la convention constitutive la ou les compétences déléguées et y inscrire l'articulation du champ de compétences de la CSIRMT de groupement avec celui de la CSIRMT des établissements parties. Une délibération des CSIRMT de chaque établissement partie est également nécessaire pour permettre cette délégation de compétences à la CSIRMT du groupement.

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

» À NOTER

Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un coordonnateur général des soins. Il n'est pas nécessairement celui de l'établissement support.

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

» À NOTER

Les établissements parties peuvent définir des règles de transmission des avis élargies, dans le cadre du règlement intérieur du groupement ou celui de chaque instance.



Le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement

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

» À NOTER

Comme la CME des établissements parties au groupement, les commissions des usagers des établissements parties doivent se positionner concernant l'instance commune de représentation des usagers qui est constituée au niveau du GHT. Est créé soit un comité des usagers, soit une commission des usagers de groupement.

- Le comité des usagers, ou la commission des usagers de groupement, est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. Sa composition et ses compétences et, notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement sont fixées dans la convention constitutive. Comme pour les commissions des usagers des établissements, les représentants des usagers au sein du GHT doivent être issus d'associations agréées. Les commissions des usagers des établissements parties délèguent, par délibération, tout ou partie de leurs compétences à la commission des usagers du groupement, afin d'assurer une meilleure articulation entre les instances des établissements parties et le GHT. Dans ce cas, les délégations de compétences doivent être prévues par la convention constitutive.

» À NOTER

Pour mémoire, une commission des usagers est constituée dans chaque établissement de santé. Ses missions sont vastes : veiller au respect des droits des usagers et contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge, faciliter les démarches de ces personnes et veiller à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes, participer à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers, participer à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement, être informée de l'ensemble des plaintes et réclamations... Compte tenu du champ particulièrement vaste des missions exercées par la commission des usagers des établissements de santé, la convention constitutive devrait définir celles sur lesquelles pourrait intervenir le comité ou la commission des usagers de groupement.

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

» À NOTER

Les établissements parties peuvent définir des règles de transmission des avis élargies, dans le cadre du règlement intérieur du groupement ou celui de chaque instance.

Le comité territorial des élus

Il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, ce comité peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive de GHT.

» À NOTER

La convention constitutive a vocation à préciser qui assure la présidence de ce comité, comment évaluer les actions déployées au sein du GHT, à qui les propositions sont adressées, comment ces propositions sont, le cas échéant, intégrées à la réflexion stratégique déployée au niveau du GHT... Tout est à construire à l'occasion de la rédaction de la convention constitutive du groupement.

- Les modalités de fonctionnement de ce comité sont définies dans la convention constitutive du groupement.
- La publication de la liste des GHT par le directeur général de l'ARS entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement.
- Le comité est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit. La convention constitutive précise la composition du comité territorial des élus locaux.
- Le comité territorial des élus locaux émet un avis sur la désignation de l'établissement support du groupement par le directeur général de l'ARS en cas de désaccord entre les délibérations des conseils de surveillance.



3. La mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social

La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social. Cette dernière comprend :

- le président du comité stratégique, président de la conférence ;
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un CTE d'un établissement partie au groupement ;
- des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs CTE des établissements parties au groupement ;
- avec voix consultative, le président du collège médical ou de la CME, le président de la CSIRMT et d'autres membres du comité stratégique désignés par son président.

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

Évolutions et conséquences

Divers dispositifs sont prévus dans les textes pour piloter le GHT :

- la désignation d'un établissement support ;
- la création d'instances de gouvernance ;
- la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social.

Ces dispositifs sont divers tant dans leur nombre que, pour certains, dans les possibilités qu'ils offrent.

Plus précisément, concernant les instances de gouvernance du GHT, les établissements parties au groupement disposent d'une réelle marge de manœuvre leur permettant de mettre en place un dispositif efficace à adapter aux enjeux et au contexte de leur rapprochement. L'enjeu réside dans une articulation efficace des instances des établissements parties avec les instances du groupement. Les délégations de compétences de certaines instances des établissements au profit de celles du groupement sont un outil au service de cette articulation.

Tout est donc à construire à l'occasion de la rédaction des documents constitutifs supports du GHT : convention constitutive et règlement intérieur. Le règlement intérieur aura ici une place toute particulière.

» À RETENIR

Le pilotage du GHT est garanti par :

- la désignation d'un établissement support ;
- la mise en place d'instances de gouvernance déployées au niveau du groupement (comité stratégique, comité territorial des élus locaux, collège médical ou commission médicale de groupement, comité des usagers ou commission des usagers de groupement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement).

Une conférence territoriale de dialogue social est également instituée.

La création des GHT

6• LA CONSTITUTION D'UN GHT	34
DISPOSITIF	34
1. Procédure juridique de création du GHT.	34
2. Caractère contraignant de la procédure de constitution des GHT	36
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	36
7• LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE	38
DISPOSITIF	38
1. 1. Le calendrier de création des GHT	38
2. Le calendrier de mise en place des mutualisations	39
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	40
8• LA TRANSFORMATION DES COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE EN GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE ...	42
DISPOSITIF	42
1. Principe de transformation des CHT en GHT	42
2. Modalités de transformation des CHT en GHT : la modification de la convention de CHT par voie d'avenant	42
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	43



6 • LA CONSTITUTION D'UN GHT

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-2 du code de la santé publique
- o Art. 1^{er} du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-6 à R. 6132-8 du code de la santé publique

Dispositif

L'intégration de chaque établissement public de santé dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) est une obligation posée par la loi. Les textes précisent le dispositif et en particulier la procédure de constitution, les prérogatives du directeur général de l'agence régionale de santé et les sanctions encourues en cas de non-respect des obligations et du calendrier.

1. Procédure juridique de création du GHT

Le GHT constitue un dispositif conventionnel, basé sur la conclusion et la signature d'une convention constitutive par les établissements dits « parties » au groupement.

» À NOTER

Les établissements parties au GHT sont nécessairement des établissements publics de santé ou des établissements ou services médico-sociaux publics.

Pour les établissements publics de santé, l'adhésion à un GHT est une obligation sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale. Cette dérogation peut être accordée à un établissement par le directeur général de l'ARS, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'ARS, en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins.

La procédure de création du GHT s'appuie sur les dispositions légales, complétées par l'article R. 6132-6 du code de la santé publique. Ainsi, sur le plan de la gouvernance interne aux établissements parties :

- o la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales (CME) et les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) des établissements parties au GHT ;

- en ce qui concerne les établissements publics de santé, elle fait l'objet d'une concertation des directeurs des établissements parties, puis elle est soumise pour avis aux comités techniques (CTE), CME et CSIRMT des établissements parties. Elle est ensuite soumise pour avis aux conseils de surveillance des établissements parties ;
- en ce qui concerne les établissements ou services médico-sociaux publics, elle est soumise pour avis aux CTE des établissements parties au groupement. Elle est ensuite soumise à délibération des conseils d'administration des établissements parties ;
- la convention constitutive est conclue pour une durée de 10 ans.

La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement ; elle est transmise pour approbation au directeur général de l'ARS compétent. Celui-ci apprécie la conformité de la convention avec le projet régional de santé.

» À NOTER

Lorsqu'un GHT comprend des établissements de santé situés dans plusieurs régions, le directeur général de l'ARS compétent est celui du ressort de l'établissement support du GHT.

À cet effet, le directeur général de l'ARS peut demander que soient apportées à la convention constitutive les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'ARS enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements et qui ne peut être inférieur à un mois. À défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'ARS y procède et arrête la convention constitutive de GHT.

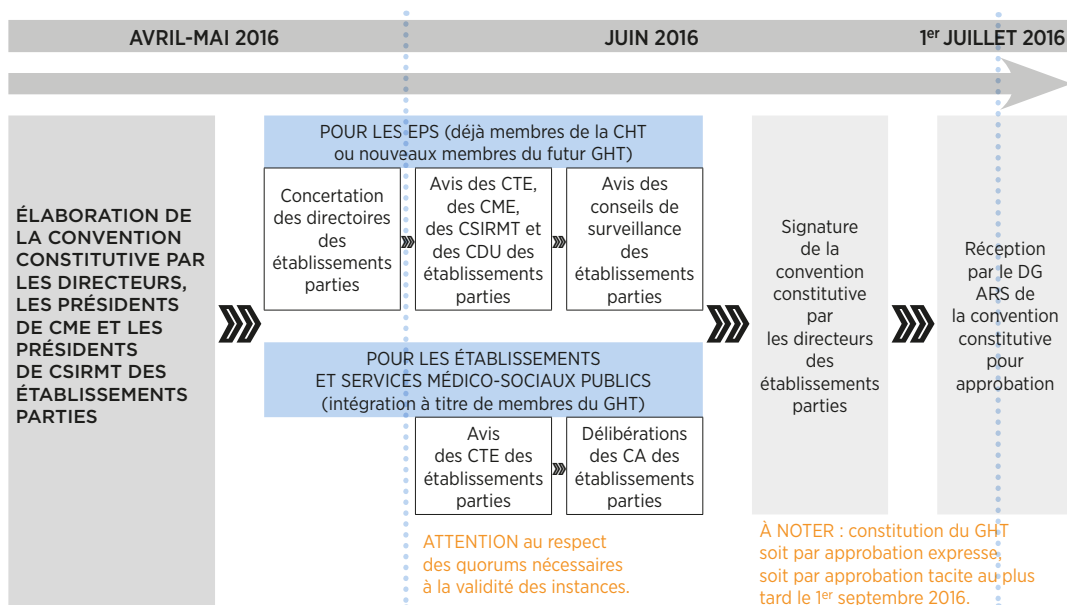
La décision d'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

» À NOTER

Le GHT peut être le cadre juridique de transferts d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties. Les conditions du transfert sont précisées par voie réglementaire. Cette possibilité n'est pas nouvelle, elle existait, sous une forme similaire, pour les communautés hospitalières de territoire.

La convention constitutive du GHT nouvellement constitué est publiée par l'ARS sur son site internet au moment de l'entrée en vigueur du groupement. Le directeur général de l'ARS est également compétent pour approuver le renouvellement et la modification de la convention constitutive.





2. Caractère contraignant de la procédure de constitution des GHT

La constitution d'un GHT est une obligation pour les établissements publics de santé (sauf à obtenir une dérogation). Cela se traduit d'une part par une procédure de création spécifique, articulée autour de prérogatives du directeur général de l'ARS, d'autre part par un dispositif de sanctions financières en cas de non-respect des obligations légales.

Évolutions et conséquences

Le cadre juridique de création des GHT est contraignant : il pose pour les établissements publics de santé une obligation d'adhésion à un GHT, qu'il assortit d'un calendrier de mise en œuvre, d'une procédure d'approbation, et de sanctions en cas de non-respect.

Caractère pérenne du dispositif

Il est essentiel de retenir que la convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans. Cela traduit l'ambition structurante du dispositif en matière d'organisation de l'offre de soins hospitalière publique. Il doit dès lors amener les acteurs à se projeter au-delà des échéances contraintes de 2016 et de la procédure de constitution initiale. À ce titre, rappelons que :

- le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans ; il a donc vocation à être revu à échéances régulières, à l'instar du projet médical des établissements publics de santé ;
- la convention constitutive et le projet médical partagé qui en fait partie peuvent être modifiés à tout moment par avenant. Ce sera le cas pour pouvoir assurer la montée en charge des GHT, en particulier sur les mutualisations à venir, sur la mise en place ultérieure des équipes médicales commune, voire sur la gouvernance dont certaines instances pourraient être mises en place au second semestre.

GHT et coopérations existantes

Les GHT sont créés dans un environnement qui compte déjà de nombreux dispositifs juridiques de coopération sanitaire. Il convient de noter que la création des GHT ne fait pas disparaître ipso facto les coopérations existantes, en particulier celles qui pourraient « déborder » du périmètre géographique du GHT. Cela concerne aussi bien :

- les coopérations conventionnelles ou organiques (notamment groupements de coopération sanitaire [GCS] constitués avec des établissements relevant d'autres GHT) ;
- les coopérations public/public (par exemple pour des activités de recours) ou public/privé (par exemple groupements d'intérêt économique [GIE] en imagerie constitués avec des libéraux).

Ces coopérations peuvent perdurer et coexister avec un GHT de périmètre différent. Il appartiendra néanmoins aux acteurs d'interroger, à long terme, le devenir de ces coopérations en fonction de la construction progressive des mutualisations et du projet médical partagé au sein du GHT. Notamment, pourra être envisagé, s'il est pertinent, l'élargissement de la coopération à l'ensemble des établissements parties au groupement.

» À RETENIR

- La procédure de constitution du GHT inclut une association des instances internes de chaque établissement partie. Elle suppose également l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS.
- Elle est assortie d'un calendrier échelonné de mise en place, et de sanctions en cas de non-respect de la procédure et/ou des échéances.
- Les coopérations existantes ne disparaissent pas avec la constitution des GHT ; en revanche, leur évolution doit être réfléchie au regard de la construction des groupements sur le long terme.

LA CRÉATION DES GHT

7. LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107-I, IV, V, VI de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-2 et L. 6132-5 du code de la santé publique
- o Art. 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-3, R. 6132-6 à R. 6132-8, R. 6132-19 du code de la santé publique

Dispositif

L'intégration de chaque établissement public de santé dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) est une obligation posée par la loi. Les dispositions du code de la santé publique et des dispositions transitoires précisent le calendrier de mise en place des groupements. Elles fixent également le calendrier des mutualisations imposées au sein du GHT.

1. 1. Le calendrier de création des GHT

La loi fixe des échéances de mise en place des GHT à l'échelle nationale, échéances qui sont précisées par voie réglementaire.

Chaque établissement public de santé conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La liste des GHT est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), sur la base des projets médicaux partagés transmis, ou en cas d'absence de transmission, le 1^{er} juillet 2016, en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date.

» À NOTER

La publication de cette liste entraîne par ailleurs création du comité territorial des élus locaux de chaque GHT.

La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé. Le décret fixe toutefois, s'agissant du contenu du projet médical partagé, des échéances intermédiaires, qui permettront une construction par étape :

- o à compter de la publication du décret relatif aux GHT, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux ;
- o au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
- o au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et un projet de soins est élaboré.

Le décret traduit le caractère obligatoire du GHT en conférant des prérogatives aux directeurs généraux d'ARS dans la procédure. Ainsi :

- en l'absence de transmission, au 1^{er} juillet 2016, de la convention constitutive signée à l'ARS concernée, le directeur général de l'ARS arrête la composition du GHT. Dans les quinze jours suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les conseils de surveillance procèdent à la désignation de l'établissement support (cette désignation devant être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties). À défaut, le directeur général de l'ARS désigne l'établissement support du groupement, après avis du comité territorial des élus ;
- dans les deux mois suivant la notification de cette composition aux établissements publics de santé concernés, les directeurs des établissements parties transmettent au directeur général de l'ARS la convention constitutive du groupement ;
- à défaut, le directeur général de l'ARS arrête la convention constitutive de GHT, ainsi que les compétences obligatoirement dévolues à l'établissement support (système d'information hospitalier, DIM, fonction achat, école/formation/DPC).

Les sanctions financières liées au non-respect des obligations légales sont elles aussi conditionnées à certaines échéances. Ainsi, le versement des dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC - art. L. 162-22-13 du CSS) pourra être suspendu par le directeur général de l'ARS pour les établissements qui, à compter du 1^{er} juillet 2016, ne sont pas membres d'un GHT, sauf à bénéficier de la dérogation tenant à la spécificité dans l'offre de soins territoriale. Sur cette base, le versement de telles dotations pourra être suspendu dans deux hypothèses :

- à compter du 1^{er} juillet 2016, l'attribution des dotations MIGAC pourra être suspendue pour les établissements n'ayant pas répondu à l'obligation de transmettre une convention constitutive de GHT au DG ARS ;
- à compter du 1^{er} janvier 2018, il en sera de même pour les activités et fonctions visées par l'article L. 6132-3 du code de la santé publique que les établissements parties à un groupement n'auront pas mise en œuvre.

2. Le calendrier de mise en place des mutualisations

Les dispositions réglementaires fixent des échéances différenciées pour la mise en œuvre des fonctions et activités dans le cadre du GHT. Le tableau ci-dessous en dresse un calendrier.

FONCTIONS OU ACTIVITÉS	ÉCHÉANCE
Élaboration du schéma directeur du système d'information	Au plus tard le 1 ^{er} janvier 2018
Mise en œuvre du système d'information convergent	Au plus tard le 1 ^{er} janvier 2021
Élaboration du plan d'actions des achats	Au plus tard le 1 ^{er} janvier 2017



Évolutions et conséquences

2016 et 2017 seront des « années charnières », qui marquent l'entrée des établissements publics de santé dans le dispositif, selon les échéances fixées par les textes et sous l'autorité du DG ARS, autorité d'approbation, d'injonction et de sanction dans la mise en place des GHT.

Ainsi, la période s'ouvrant jusqu'au 1^{er} juillet 2017 verra la mise en place du GHT dans ses différentes composantes :

- élaboration, conclusion et approbation de la convention constitutive ;
- construction et finalisation du projet médical partagé ;
- lancement des chantiers relatifs aux mutualisations de fonctions.

S'ouvrira ensuite la phase de mise en œuvre :

- des axes du projet médical partagé ;
- des mutualisations, selon un calendrier propre à chaque fonction ou activité.

Les différentes échéances réglementaires constituent autant de piliers dans la construction du GHT. Le GHT est un dispositif pérenne, les acteurs doivent donc adopter une véritable démarche projet, en particulier concernant :

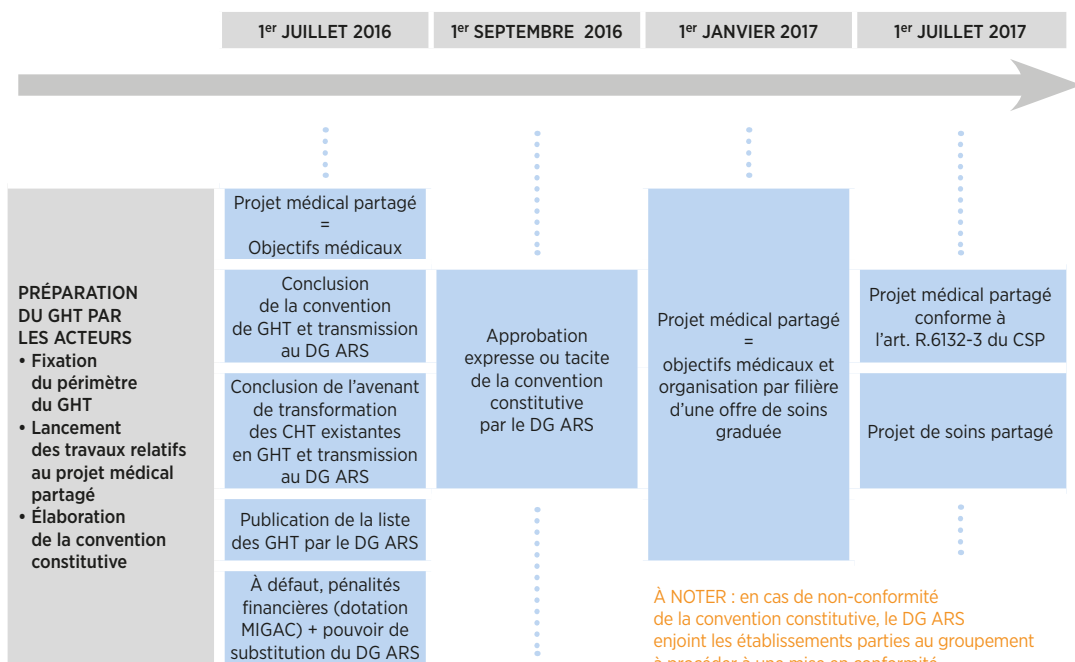
- l'élaboration du projet médical partagé, dont la construction est étalée sur une période allant jusqu'au 1^{er} juillet 2017 ;
- le dispositif de gouvernance du groupement, élément stratégique prioritaire pour la réussite du projet, qui doit quant à lui être initié dès la convention constitutive ;
- l'ensemble des mutualisations fixées par la loi, dont la mise en place est échelonnée par les dispositions réglementaires sur une période allant jusqu'à 5 ans.

L'attention des acteurs, en particulier établissements publics de santé, est attirée sur l'adéquation nécessaire entre calendrier réglementaire de mise en place des GHT et calendrier interne des instances des établissements (saisine de la CME, du CTE, de la CSIRMT, du conseil de surveillance ou du conseil d'administration, du directoire...). Dès lors, l'élaboration de rétroplannings s'imposera pour l'élaboration de la convention constitutive, de ses avenants, du projet médical partagé et du renouvellement de celui-ci (**sur ce point, voir fiche 6**).

» À RETENIR

- La convention constitutive du GHT doit être conclue pour le 1^{er} juillet 2016 au plus tard.
- Le projet médical partagé du GHT doit être conforme à la totalité des exigences réglementaires relatives à son contenu pour le 1^{er} juillet 2017 au plus tard.

» CALENDRIER D'ÉLABORATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE DE GHT



À NOTER : en cas de non-conformité de la convention constitutive, le DG ARS enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois. À défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le DG ARS compétent y procède et arrête la convention constitutive du GHT.

LA CRÉATION DES GHT

8 LA TRANSFORMATION DES COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE EN GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- o Art. 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Dispositif

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, le groupement hospitalier de territoire (GHT) abroge la CHT. Les CHT existantes peuvent néanmoins être transformées en GHT.

1. Principe de transformation des CHT en GHT

À compter du 1^{er} juillet 2016, les CHT dont aucune des parties n'exprime la volonté de rompre la coopération sont transformées en GHT après approbation du directeur général de l'ARS compétent.

» À NOTER

Lorsqu'un GHT comprend des établissements situés dans plusieurs régions, le directeur général de l'ARS compétent est celui du ressort de l'établissement support du GHT.

2. Modalités de transformation des CHT en GHT : la modification de la convention de CHT par voie d'avenant

Dès lors que le directeur général de l'ARS compétent n'a pas fait connaître son opposition aux établissements membres de la CHT avant le 1^{er} juillet 2016, la convention constitutive de GHT est régulièrement élaborée par avenant à la convention de CHT, dans le respect des articles R. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-6 du code de la santé publique.

» À NOTER

La convention constitutive de GHT élaborée sur cette base doit être conforme aux exigences du code de la santé publique concernant le contenu minimum obligatoire de toute convention constitutive de groupement, et plus largement avec tous les grands principes structurant le fonctionnement du groupement.

L'avenant est adopté dans les mêmes conditions que la convention constitutive de GHT.

» À NOTER

Par application du principe du parallélisme des formes, tout avenant implique donc de respecter les modalités suivantes :

- préparation de l'avenant par les directeurs et les présidents de commissions médicales d'établissement (CME) des établissements parties au GHT ;
- en ce qui concerne les établissements publics de santé parties au GHT : concertation des directeurs puis transmission pour avis des comités techniques d'établissements (CTE), commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, (CSIRMT), CME. Enfin, transmission pour avis aux conseils de surveillance ;
- en ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux publics : avis des CTE puis délibérations des conseils d'administration des établissements publics médico-sociaux ;
- signature de l'avenant par les directeurs des établissements parties.

La convention constitutive élaborée par avenant est transmise pour approbation au directeur général de l'ARS compétent qui en apprécie la conformité avec les projets régionaux de santé ; il peut demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Le silence gardé par le directeur général de l'ARS dans un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation de la convention constitutive de GHT.

Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds.

» À NOTER

Si les établissements parties ne souhaitent pas transformer la CHT existante en GHT, l'absence d'avenant de transformation aboutira à faire disparaître la CHT au 1^{er} juillet 2016. Dans ce cas, il n'est donc pas nécessaire d'organiser la dissolution de la CHT.

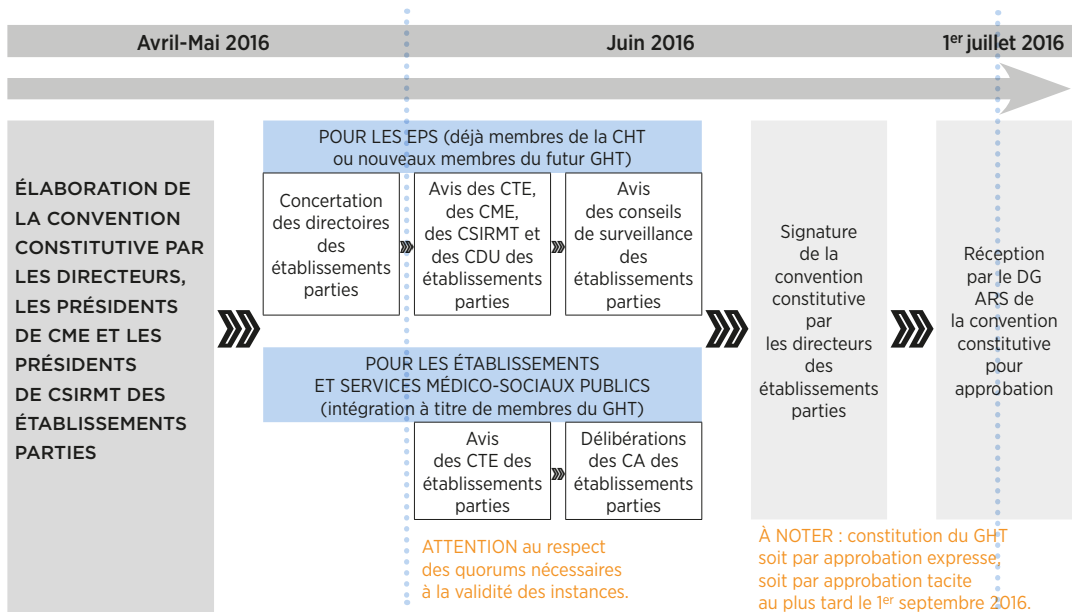
Évolutions et conséquences

Les GHT abrogent les CHT.

Si le choix est fait de transformer la CHT en GHT, il convient de prévoir un avenant répondant aux exigences de la convention constitutive. Dans le cas contraire, il n'est pas nécessaire d'organiser la dissolution de la CHT qui disparaît automatiquement.

**» À RETENIR**

- Le GHT peut résulter de la transformation d'une CHT existante.
- Si tel est le cas, en l'absence d'opposition du directeur général de l'ARS du ressort de l'établissement siège du GHT avant le 1^{er} juillet 2016, la convention constitutive de GHT est élaborée par avenant à la convention de CHT.
- Par application de la règle du parallélisme des procédures, l'avenant est adopté selon des modalités identiques à celles prévues pour l'élaboration de la convention constitutive du groupement afin qu'elle contienne les dispositions légales et réglementaires prescrites.



Les mutualisations

9• LES MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT	46
DISPOSITIF	46
1. Périmètre des activités et fonctions mutualisées	47
2. Gouvernance des activités et fonctions mutualisées	49
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	50
10• LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER CONVERGENT	51
DISPOSITIF	51
1. La notion de système d'information hospitalier convergent	51
2. Les impacts	51
3. Le calendrier de mise en œuvre	53
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	54
11• LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE DE TERRITOIRE	56
DISPOSITIF	56
1. La désignation d'un médecin responsable du département de l'information médicale de territoire	56
2. Les missions exercées par le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire	56
3. La définition de prérogatives nouvelles	58
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	58
12• LES ACHATS	60
DISPOSITIF	60
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	61
1. Objectifs et mise en œuvre de la fonction achats	61
2. Calendrier de mise en place de la fonction achats	62

LES MUTUALISATIONS

9 • LES MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-1 et L. 6132-3 du code de la santé publique
- Art. 1, 2 et 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-15 à R. 6132-19, R. 6113-11 du code de la santé publique

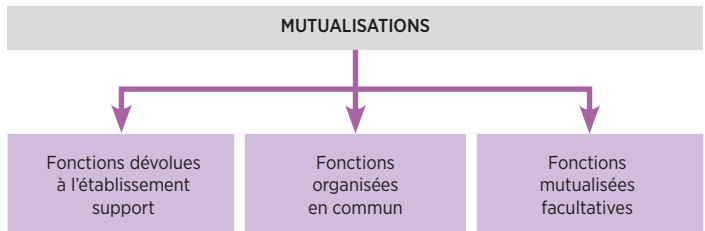
Dispositif

Par mutualisation, on entendra l'ensemble des démarches de coopération induites par l'appartenance à un GHT et qui seront engagées par les établissements parties sur des fonctions ou activités cliniques, médico-techniques ou supports.

Plusieurs fonctions sont visées par la loi, pour lesquelles les établissements parties s'engageront dans une démarche de mutualisation. Les textes précisent aussi bien le niveau des mutualisations, leur périmètre que certains éléments relatifs à leur pilotage.

Par ailleurs, la loi dispose que la mutualisation de certaines fonctions présente un caractère facultatif.

» LES DIFFÉRENTES FORMES DE MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT



» À NOTER

On ne confondra pas la mutualisation des fonctions et le possible transfert entre établissements parties au groupement de soins et exploitation d'équipements matériels lourds, soumis à autorisation. Pour ces activités, une procédure simplifiée de cession d'autorisation entre les établissements parties au groupement est prévue à l'article R. 6132-24 du code de la santé publique.

» À NOTER

Mentionnons également les activités hospitalières et universitaires, qui sont prises en compte dans le GHT via une coordination assurée par un CHU associé au groupement (voir fiche 3).

1. Périmètre des activités et fonctions mutualisées

Elles relèvent de trois catégories distinctes.

Les fonctions dévolues à l'établissement support

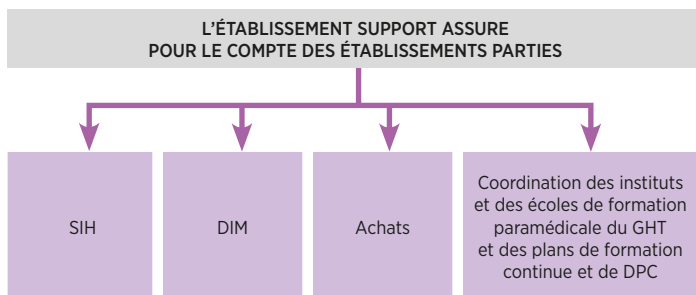
La loi dispose que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement les quatre fonctions suivantes :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement (voir fiche 10) ;
- la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire (voir fiche 11) ;
- les achats (voir fiche 12) ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements parties au groupement.

» À NOTER

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

» LES FONCTIONS DÉVOLUES À L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT



Les fonctions organisées en commun

Les établissements parties au groupement organisent en commun :

- les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ;
- les activités de biologie médicale.

Le projet médical partagé du GHT doit également comporter, d'ici au 1^{er} juillet 2017, un projet de pharmacie.



» À NOTER

Concernant les activités de pharmacie, il est important d'envisager les modalités d'organisation en commun des activités pharmaceutiques au sein du GHT, en considération des évolutions attendues dans l'ordonnance prévue en la matière.

Cela peut s'effectuer, le cas échéant, au sein d'un pôle interétablissement ou dans le cadre d'une autre forme de coopération prévue dans le code de la santé publique. Il peut notamment s'agir d'une fédération médicale interhospitalière.

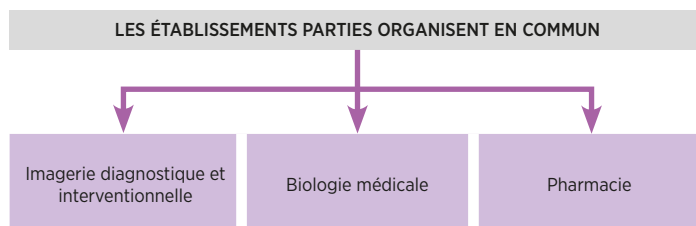
» À NOTER

Cette « organisation en commun » des activités d'imagerie, de biologie médicale et de pharmacie conduira les établissements parties au GHT à :

- définir un schéma cible pour structurer l'organisation de ces activités entre les établissements ;
- déterminer les modalités de mise en œuvre de ce schéma cible : modalités juridiques de la mutualisation, organisations partagées, moyens mis en commun...

Convention constitutive et règlement intérieur du GHT seront les supports de ces engagements des établissements parties au groupement.

» LES FONCTIONS ORGANISÉES EN COMMUN AU SEIN DU GHT



Fonctions dévolues de manière facultative à l'établissement support

La loi, sur le mode du volontariat, permet à l'établissement support du groupement de gérer pour le compte des établissements parties au groupement :

- des équipes médicales communes et la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ;
- des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

» À NOTER

La mutualisation peut ainsi porter sur des activités telles que la restauration, la blanchisserie, les services techniques ou des fonctions administratives telles que la paye, la gestion des carrières... La convention constitutive et le règlement intérieur du groupement définiront, le cas échéant, les modalités de ces mutualisations facultatives, décidées par les établissements parties au groupement.

» À NOTER

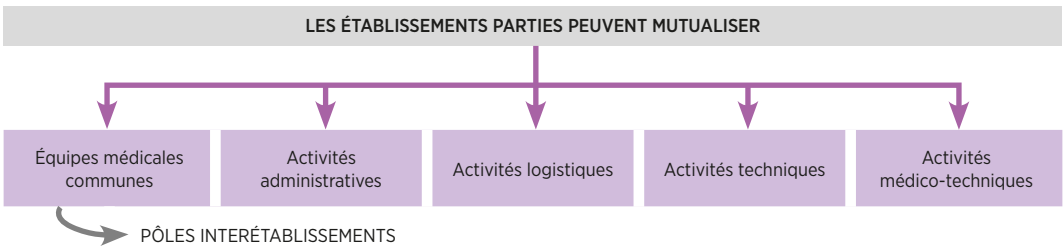
La constitution d'équipe médicale commune et la mise en place de pôles interétablissements doivent être prévus dans la convention constitutive, en application du projet médical partagé. À ce titre, cette orientation est soumise à l'avis des instances compétentes, notamment médicales.

Les établissements peuvent également faire le choix de recourir à d'autres formules de coopération déjà prévues par le code de la santé publique, notamment la mise en place de fédérations médicales interhospitalières. Cette option peut s'avérer adaptée dans le cas d'organisations médicales ne concernant pas tous les établissements parties au GHT.

» À NOTER

Comme pour les fonctions et activités automatiquement dévolues à l'établissement support, 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.

» LES MUTUALISATIONS FACULTATIVES AU SEIN DU GHT



2. Gouvernance des activités et fonctions mutualisées

La mutualisation des fonctions relève de la compétence de certaines instances du groupement :

- le comité stratégique, ou le cas échéant son bureau, propose ses orientations au directeur de l'établissement support dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé ;
- la commission ou le collège médical du groupement sera appelé à donner un avis sur le projet médical partagé. À ce titre, l'instance médicale du groupement sera appelée à se prononcer sur la mise en place d'équipes médicales communes ;
- la conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

» À NOTER

En fonction de leurs compétences respectives, certaines instances communes seront associées aux décisions relatives aux fonctions mutualisées. Par exemple, le collège médical ou la commission médicale du groupement pourra être consulté sur la constitution d'équipes médicales communes. La convention constitutive et le règlement intérieur pourront utilement préciser ce point.



Évolutions et conséquences

La convention constitutive peut tout à fait définir les organisations de travail retenues par les établissements parties pour la mise en œuvre des différentes mutualisations, sous la responsabilité de l'établissement support.

Sur un plan pratique, les établissements parties veilleront à définir précisément :

- pour l'établissement support, les modalités du pilotage des fonctions mutualisées ;
- pour les établissements parties, les conditions de mise en œuvre de certaines fonctions mutualisées ;
- pour le comité stratégique du GHT, le suivi de la mise en œuvre ;
- pour les autres instances ou organes, tels que collège médical ou commission médicale du groupement, comité territorial des élus locaux, comité ou commission des usagers du groupement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement, conférence territoriale de dialogue social, les conditions de leur intervention au regard de leurs compétences.

Ces différents éléments devront être fixés dans la convention constitutive et le règlement intérieur du GHT, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur, spécifiques au GHT autant que de droit commun.

» À RETENIR

- Le GHT repose sur la mutualisation de certaines fonctions et activités.
- L'établissement support du groupement assure, pour le compte des établissements parties au groupement, les fonctions relatives au SIH convergent, au DIM de territoire, la fonction achats et la fonction de coordination des instituts et écoles, des plans de formation continue et de DPC.
- Les établissements parties au groupement organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle et les activités de biologie médicale. Ils définissent également un projet de pharmacie dans le cadre du projet médical partagé.
- Les établissements parties au GHT peuvent décider dans la convention constitutive de mutualiser d'autres fonctions et activités selon un périmètre et des modalités de pilotage et de mise en œuvre qu'ils déterminent.

10 • LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER CONVERGENT

Dispositif

1. La notion de système d'information hospitalier convergent

Le système d'information hospitalier convergent du GHT comprend les applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues à l'article L. 6132-3 I du code de la santé publique, un identifiant unique pour les patients.

Un schéma directeur du système d'information du GHT, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré sous la coordination du directeur de l'établissement support du groupement après concertation avec le comité stratégique. Ce schéma directeur a également vocation à s'inscrire dans le cadre du schéma directeur régional.

2. Les impacts

La dévolution du système d'information hospitalier convergent fait peser sur l'établissement support des obligations de trois ordres, en particulier :

- **mettre en place, de façon prioritaire**, un dossier patient informatisé intéropérable (DPII), qui répond aux exigences de plan Hôpital numérique, permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement et intégrant le cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé. À terme, l'objectif est de disposer, au sein des établissements parties au GHT, d'un DPI unique, c'est-à-dire exploité par un logiciel identique et permettant de garantir la continuité de la prise en charge du patient et le partage des informations et de l'expertise sur les différents soins et actes techniques, entre professionnels du GHT et avec les acteurs du territoire. Aussi, le dossier patient intègre les principes suivants :
 - un identifiant patient unique,
 - une uniformité de contenu, quel que soit l'accès au sein des établissements parties au GHT,

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-3 du CSP
- Art. 1 et 5 du décret n° 2016-524 du 27/04/2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-15 du CSP





- une accessibilité par les différentes équipes de soins qui devront assurer la prise en charge du patient, au sein des établissements parties au GHT,
- une alimentation par chacun des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, quel que soit le lieu d'exercice au sein du GHT ;

» À NOTER

Les textes n'ont pas prévu de dispositions dérogatoires aux règles juridiques applicables à l'hébergement des données de santé à caractère personnel dans le cadre du GHT. En conséquence, il est recommandé pour l'hébergement des données de santé de recourir aux services d'un hébergeur agréé.

- **partager les informations** concernant une personne prise en charge entre établissements parties au groupement et avec les partenaires extérieurs du territoire. Ce partage s'effectue sur la base des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Pour mémoire et de manière générale, un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social.

D'une manière plus précise, les modalités de partage des informations concernant un patient obéissent aux principes suivants :

- lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe,
- à l'inverse, le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée. Un décret, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), doit préciser les conditions de ce partage.

Le patient est dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment¹ ;

¹. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation de ces dispositions est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

» À NOTER

L'article L. 1110-12 du code de la santé publique définit l'équipe de soins comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- 1° soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret;
- 2° soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge;
- 3° soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Sur la base du 1°, l'échange d'informations concernant un patient est possible entre établissements parties à un GHT.

- **respecter les dispositions de la loi n° 78-17** du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment son article 34.

L'établissement support du GHT doit garantir le respect des obligations découlant de la loi précitée du 6 janvier 1978 concernant la licéité des traitements de données à caractère personnel, les procédures de déclaration/autorisation, les obligations incombant aux responsables de traitements ou encore les droits des personnes concernées par des traitements de données à caractère personnel.

Plus spécifiquement, il incombe à l'établissement support de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès.

3. Le calendrier de mise en œuvre

La mise en œuvre du système d'information hospitalier convergent doit respecter le calendrier suivant :

- au 1^{er} janvier 2018 : validation du schéma directeur du système d'information du GHT ;
- au plus tard, le 1^{er} janvier 2021 : mise en œuvre du système d'information hospitalier convergent du groupement.

ÉTAPE 1

- Définir le SDSI commun du GHT
- **Dès le 1^{er} juillet 2016 et au plus tard le 31 décembre 2017**

ÉTAPE 2

- Mettre en œuvre la trajectoire de convergence
- **À partir du 1^{er} janvier 2018**

ÉTAPE 3

- Atteindre la cible : un SIH convergent et homogène au sein du GHT
- **1^{er} janvier 2021**



Évolutions et conséquences

Le GHT intègre la mise en place d'un système d'information hospitalier convergent.

- Dans la perspective de la constitution du GHT basé sur un projet médical partagé, la mise en place d'un système d'information hospitalier convergent est incontournable pour permettre aux professionnels de santé amenés à intervenir sur plusieurs sites du GHT d'avoir, non seulement, une vision transversale des informations du dossier patient, mais surtout de bénéficier d'une uniformité des logiciels sur l'ensemble du GHT, facilitant l'accès aux données et l'utilisation des outils au quotidien. C'est dans ce sens que la priorité est donnée à la mise en place d'un dossier patient informatisé interopérable (DPII) unique, avec l'objectif de faciliter la prise en charge coordonnée des patients au sein du GHT et de partager l'information avec l'extérieur.
- La mise en place d'un système d'information hospitalier convergent ne consiste pas à avoir un seul et unique logiciel qui couvrirait l'ensemble des métiers mais que l'ensemble des établissements parties utilise à terme, pour chaque domaine métier (ou fonction concernée), une même brique applicative fonctionnant sur une infrastructure technique commune ; le même dossier patient informatisé, le même système d'information de gestion des ressources humaines, le même outil pour le département d'information médicale de territoire, le même outil de gestion des achats, etc.

La démarche de convergence des systèmes d'informations hospitaliers doit être progressive et opportune.

- La mise en place d'un système d'information hospitalier convergent ne consiste pas à renouveler l'ensemble des systèmes d'information hospitaliers immédiatement et, plus largement, à générer un big bang pour l'ensemble des établissements parties au GHT.
- Cette convergence se fait progressivement, fonction par fonction, et doit permettre l'émergence de briques fonctionnelles uniques, pour chacune d'entre elles, dans les cinq années à venir.
- La démarche de convergence doit s'appuyer sur une véritable stratégie, écrite et validée par tous, articulée avec le projet médical du GHT et le schéma directeur régional. Pour organiser le calendrier progressif de convergence, il est également conseillé de saisir les opportunités de convergence en profitant des opérations de renouvellement des marchés, en capitalisant sur les projets en cours et en intégrant la fin de vie des logiciels...

La convergence des systèmes d'informations hospitaliers repose sur deux prérequis :

- le premier semble reposer sur la constitution d'une direction des systèmes d'information (SI) commune comportant un directeur des SI du GHT et une équipe commune. L'objectif est de disposer d'une organisation claire et de compétences partagées. Ce prérequis est essentiel pour réussir la convergence du SI du GHT ;
- le second consiste en l'élaboration du schéma directeur des SI du GHT. Ce schéma indique la cible, la stratégie et trajectoire de convergence, la gouvernance projet et le calendrier de mise en œuvre. Il est écrit en appui du projet médical partagé. Il doit reposer sur un véritable travail de coconstruction, en ce sens qu'il doit impliquer l'ensemble des utilisateurs (médecins, soignants, personnels médico-techniques, administratifs...) et les équipes dirigeantes de l'ensemble des établissements parties au groupement. Il doit tenir compte de l'ouverture du système d'information vers l'ensemble des acteurs de ce territoire. La validation de ce document doit être un préalable avant tout lancement de la démarche de convergence.



» À RETENIR

- Un système d'information hospitalier convergent est mis en place au sein du GHT.
- Cette convergence est une démarche progressive impliquant, à terme, la mise en place d'applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels concernés.
- Cette convergence est initiée par l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information hospitalier du GHT.
- Cette convergence s'appuie sur une gouvernance unique pilotée par une direction des systèmes d'information commune.

LES MUTUALISATIONS

11 • LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE DE TERRITOIRE

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-3 du code de la santé publique
- Art. 1 et 2 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6113-11-1 et s., R. 6132-10 du code de la santé publique

Dispositif

1. La désignation d'un médecin responsable du département de l'information médicale de territoire

La gestion du département de l'information médicale de territoire repose sur la désignation d'un médecin qui en est responsable.

Cette désignation est faite par le directeur de l'établissement support, sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, dans les plus brefs délais une fois la convention constitutive approuvée.

» À NOTER

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est membre de droit du comité stratégique du groupement.

2. Les missions exercées par le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire

Les missions exercées par ce médecin sont les suivantes :

- **il coordonne les relations** entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au GHT. Un médecin référent du DIM assiste à la CME des établissements parties ;
- **il rend compte, au moins une fois par an**, de l'activité de l'ensemble des établissements parties au comité stratégique du GHT ;
- **il prépare les décisions** des instances compétentes des établissements parties mentionnées à l'article R. 6113-9 du code de la santé publique, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'actions présenté devant le comité stratégique du GHT ;

» À NOTER

Il s'agit de toutes les décisions portant sur les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations.

- **il participe à l'analyse** médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 du code de la santé publique ;

» À NOTER

L'article R. 6113-8 du code de la santé publique énonce :
« Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées. »

- **il contribue à la mise en œuvre** des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 du code de la santé publique ;

» À NOTER

Après avis du collège médical et de la commission médicale de groupement, le représentant de l'établissement support prend toutes dispositions utiles, en lien avec le président de ces instances et le médecin responsable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

» À NOTER

Conformément aux dispositions du chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les traitements de données nominatives prévus dans chaque établissement de santé font l'objet avant leur mise en œuvre d'une demande d'avis ou d'une déclaration préalable, pour les établissements parties à un GHT, de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

- **il contribue aux travaux** de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au GHT.



3. La définition de prérogatives nouvelles

Des compétences nouvelles sont attribuées aux acteurs pour garantir le fonctionnement opérationnel de ce département de l'information médicale de territoire.

- **Concernant le chef de l'établissement support** : contrepartie naturelle de la dévolution de la gestion de l'information médicale à l'établissement support de GHT, des attributions spécifiques sont reconnues au chef de l'établissement support en la matière. C'est le directeur de l'établissement support qui nomme le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire sur proposition du président de la commission médicale ou du collège médical du GHT.
- **Concernant le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire**, il a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

» À NOTER

L'autorité fonctionnelle se définit par opposition à l'autorité hiérarchique. L'autorité fonctionnelle n'inclut ni le pouvoir de nomination, ni le pouvoir de sanction. Elle s'analyse comme le pouvoir de prendre toutes les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement d'un service.

- **Concernant les praticiens** : par dérogation à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, ils transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement.

» À NOTER

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable du DIM de territoire.

Évolutions et conséquences

Le département de l'information de territoire est unique, quel que soit le nombre d'établissements parties au GHT.

- Le département de l'information médicale de territoire remplace les départements de l'information médicale de chacun des établissements parties au groupement. À ce titre, le nouveau département de territoire est chargé de procéder à l'analyse de l'activité de l'ensemble des établissements parties au groupement.
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire peut être issu de n'importe lequel des établissements parties au groupement.
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire dispose d'une autorité fonctionnelle pour faire

fonctionner le département de l'information médicale de territoire en coordonnant les personnels relevant de chacun des établissements parties au groupement. L'objectif est de prendre en compte et conforter les compétences développées par chaque médecin de l'information médicale exerçant dans le cadre du groupement (psychiatrie, gériatrie, etc.). Dans ce cadre, il convient de formaliser les modalités d'intervention de ces personnels.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est un acteur clé du GHT :

- dans le cadre de sa participation au comité stratégique du GHT, il participe activement au processus décisionnel; il se prononce sur les questions portant sur les grandes orientations stratégiques du groupement;
- il dispose d'une vision globale intégrant les différents projets médicaux d'établissement et le projet médical partagé du groupement;
- il est responsable de la nomination d'un correspondant dans chacune des CME des établissements parties au groupement;
- il organise l'analyse des données médico-économiques du GHT, en vue de permettre leur utilisation, dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives;
- il met en œuvre, conjointement avec le directeur des systèmes d'information du GHT, les dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients.

Les modalités d'organisation du département de l'information médicale de territoire sont définies par le médecin qui en est responsable :

- seul est prévu le principe d'un département de l'information médicale de territoire unique, lequel constitue le socle de la nouvelle organisation;
- les modalités opérationnelles d'organisation sont ensuite à définir par le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire en prenant en particulier en compte l'existant et en s'appuyant sur les autres médecins de l'information médicale; elles peuvent ainsi varier très sensiblement d'un GHT à l'autre.



» À RETENIR

- Un département de l'information médicale de territoire est créé et se substitue aux départements de l'information médicale des établissements parties.
- Ce DIM de territoire est placé sous la responsabilité d'un médecin, nommé par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.
- Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire dispose de toutes les prérogatives nécessaires.
- Ce médecin responsable du département de l'information médicale de territoire dispose d'une autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

LES MUTUALISATIONS

12 • LES ACHATS

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L.6132-3-I-3° du code de la santé publique
- Art. 1 et 5 du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R.6132-16 du code de la santé publique

Dispositif

La fonction achats fait partie des domaines dévolus à l'établissement support: l'article L.6132-3-I-3° du code de la santé publique dispose que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement la fonction achats.

La fonction achats est définie selon une approche fonctionnelle par l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, qui dispose que la fonction achats comprend les missions suivantes:

- l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement;
- la planification et la passation des marchés;
- le contrôle de gestion des achats;
- les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

» À NOTER

Le terme « produits pharmaceutiques » inclut tous les produits rentrant dans le champ d'intervention des pharmacies à usage intérieur: médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, dispositifs médicaux stériles, médicaments expérimentaux, etc.

Un plan d'action des achats du GHT doit être élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

On entendra ici par établissement partie aussi bien les établissements publics de santé, qui doivent constituer un GHT, que les établissements et services publics médico-sociaux, pour qui cette adhésion est facultative, mais qui peuvent avoir un intérêt à mutualiser leur fonction achats avec d'autres établissements de plus grande envergure. En effet, pour ces deux catégories d'établissements:

- les contraintes juridiques en matière d'achat public sont les mêmes;
- certains besoins d'achats sont proches (denrées alimentaires, produits d'entretien, dispositifs médicaux, logiciels informatiques...).

Dans tous les cas, la mise en œuvre de la fonction achats au sein du GHT sera conduite et mise en œuvre dans le respect du droit de la commande publique, et notamment :

- la directive 2014/24/UE du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics ;
- l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;
- le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

Concernant le calendrier, le plan d'actions achats doit être élaboré au 1^{er} janvier 2017 afin d'organiser une mise en place échelonnée de la fonction achats à l'échelle du GHT.

Évolutions et conséquences

1. Objectifs et mise en œuvre de la fonction achats

La mutualisation de la fonction achats inscrite dans la loi vise :

- une harmonisation des équipements et services au profit du projet médical ;
- une couverture de tous les domaines d'achat d'exploitation et d'investissement ;
- une mutualisation de la politique d'achat au niveau de l'établissement support incluant notamment les stratégies de recours aux opérateurs d'achat mutualisés ;

» À NOTER

Une fois la stratégie achat définie, les achats pourront continuer d'être mis en œuvre en s'appuyant sur les opérateurs existants, au niveau national comme au niveau local.

- l'élaboration d'un plan d'actions achat unique pour l'ensemble du GHT. Ce plan pluriannuel a vocation à décliner les pistes majeures de gain par domaine d'achat et les axes forts privilégiés en termes d'efficacité des processus métiers achat. Il doit être élaboré de manière participative en impliquant tous les acteurs de l'achat tant au niveau des acheteurs que des prescripteurs d'achats médicaux ou non médicaux. Ce plan, vecteur majeur de la performance achat du GHT, pourra être présenté annuellement à la gouvernance du GHT pour validation. Le responsable de la fonction achats a notamment vocation à rendre compte régulièrement de son exécution ;
- une organisation mutualisée de la chaîne achat entre les établissements depuis l'amont (recensement des besoins, *sourcing* fournisseurs, élaboration des stratégies d'achat, conduite des procédures de passation) jusqu'à l'aval (passation des commandes, suivi d'exécution contractuelle des marchés, évaluation des fournisseurs) ;
- une gestion commune et optimisée des approvisionnements.

Les modalités opérationnelles s'inscriront dans les processus et organisations portés par la fonction achats dévolue à l'établissement support au profit de tous les établissements du GHT. Ces modalités ont vocation à concerner notamment :



- une harmonisation des méthodes basée sur un référentiel des procédures métier de l'achat unique pour tout le GHT (élaboré et géré au niveau de l'établissement support);
- une mutualisation des activités impliquant des expertises rares : contrôle de gestion achat, cellule juridique des marchés, maîtrise d'ouvrage du système d'information achat, fonction méthodes...
- une mutualisation des outils spécifiques aux métiers de l'achat dits « SI-Achat » (reporting, planification, publication des procédures, dématérialisation des processus, gestion électronique des documents...);
- une prise en charge, au sein de la fonction achats, des activités d'approvisionnement (à l'exclusion des produits pharmaceutiques) pouvant concerner la passation des commandes.
- une répartition des missions, en concertation avec les établissements parties, visant notamment à mettre à profit les expertises existantes par processus ou domaines d'achat dans les différents établissements.

2. Calendrier de mise en place de la fonction achats

Le plan d'action achats est à élaborer au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

Au-delà de cette échéance réglementaire, et sur un plan pratique, il pourrait être envisagé que :

- les processus d'achat sur la base d'un référentiel d'achat unique soient mis en place au plus tard le 1^{er} juillet 2017 ;
- la démarche de convergence des marchés soit initiée le 1^{er} janvier 2017 avec un objectif de convergence des marchés au 31 décembre 2020. À cette échéance, tous les marchés actifs auront pu être instruits par la fonction achats mutualisée du GHT.

Vu l'ambition de montée en maturité de la fonction achats, la nature systémique des processus d'achat, la durée des marchés et les différences culturelles entre établissements, il est essentiel de s'inscrire dans la durée et de manière progressive pour réussir la mutualisation de la fonction achats entre établissements du GHT, aussi bien sur le plan des processus d'achat, des outils que de l'organisation de la fonction achats.

Il est cependant nécessaire de créer d'emblée une dynamique et un processus de pilotage de la démarche. Dans cette perspective, il conviendra de veiller à la désignation, le plus rapidement possible, du responsable de la fonction achats du GHT placé auprès du directeur de l'établissement support. Une fois désigné, ce responsable achat a vocation à organiser, sous la forme d'un projet, la démarche de mise en place de la fonction achats.

» À RETENIR

- La fonction achats est assurée par l'établissement support pour le compte des établissements parties au GHT.
- Elle inclut l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat (exploitation et en investissement), la planification et la passation des marchés, le contrôle de gestion des achats, les activités d'approvisionnement, à l'exception des produits pharmaceutiques.
- Un plan d'action achats doit être établi pour le 1^{er} janvier 2017.
- 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.

Le fonctionnement

13•LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GHT	64
DISPOSITIF	64
1. Définition et contenu du règlement intérieur	64
2. Règlement intérieur du groupement et règlement intérieur des instances	65
3. Procédure d'élaboration du règlement intérieur	66
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	66
14•LES RÈGLES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES	67
DISPOSITIF	67
1. États des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)	67
2. Relations budgétaires et comptables entre établissements parties au GHT	68
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	68
15•LA CERTIFICATION PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	70
DISPOSITIF	70
ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES	72



LE FONCTIONNEMENT

13 • LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GHT

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- o Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-2 et s. du code de la santé publique
- o Art. 1^{er} du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-1 et s. du code de la santé publique

DISPOSITIF

1. Définition et contenu du règlement intérieur

La convention constitutive énonce les principes structurant le GHT et le projet médical partagé. Elle contient des mentions obligatoires à adapter au contexte et à la spécificité du groupement. Outre la convention constitutive, les établissements parties au GHT élaborent un règlement intérieur. Ces deux documents, obligatoires, sont fondamentaux et constituent le socle juridique du groupement hospitalier de territoire (GHT).

Le règlement intérieur précise et complète la convention constitutive. Il a vocation à fixer l'organisation interne et le fonctionnement du groupement. En ce sens, il décline la convention constitutive, et détermine les règles de fonctionnement du groupement pour la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans la convention constitutive. Il porte davantage sur les modalités organisationnelles du GHT. Il doit être suffisamment détaillé pour éviter toute difficulté de mise en œuvre de la convention constitutive, ou tout litige potentiel entre les établissements parties.

» À NOTER

Les établissements parties au groupement veilleront à ne pas confondre, d'une part, les avenants à la convention constitutive, qui constituent des actes de modification de celle-ci, par substitution de dispositions nouvelles à des clauses existantes, et d'autre part le règlement intérieur, qui a vocation à fixer les règles du fonctionnement courant du groupement.

Si les dispositions légales et réglementaires ont précisément listé le contenu de la convention constitutive, elles n'ont en revanche pas fixé au règlement intérieur un contenu obligatoire, à une exception près. L'article R.6132-9-II du code de la santé publique prévoit en effet que la fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est incompatible avec les fonctions de chef de pôle. Toutefois, le règlement intérieur du groupement peut prévoir sur ce point une disposition contraire lorsque l'effectif médical le justifie.



Il s'agit de la seule mention obligatoire fixée par les textes pour le règlement intérieur.

Pour le reste, il appartient aux établissements parties de fixer le contenu du règlement intérieur du GHT.

2. Règlement intérieur du groupement et règlement intérieur des instances

Le règlement intérieur du GHT couvre l'ensemble des modalités de fonctionnement du groupement, y compris la mise en œuvre de ses modalités de gouvernance.

Toutefois, s'agissant des organes et instances du groupement, les établissements parties peuvent tout à fait prévoir le renvoi à un règlement intérieur spécifique pour chaque instance, qui pourrait fixer les conditions de réunion de chaque instance, les règles de quorum, de convocation, de compte-rendu, les règles de vote le cas échéant...

Cela peut concerner :

- le comité stratégique ;
- le comité territorial des élus locaux ;
- le collège médical ou la commission médicale de groupement ;
- la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement ;
- le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement ;
- la conférence territoriale de dialogue social.

Le recours éventuel à des règlements intérieurs spécifiques pour les instances sera utilement prévu au règlement intérieur du groupement.





3. Procédure d'élaboration du règlement intérieur

L'article. R. 6132-2 du code de la santé publique prévoit que le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

Le règlement intérieur peut être modifié à tout moment, dans les mêmes conditions de procédure que pour son élaboration.

» À NOTER

Les textes ne fixent pas de calendrier pour l'élaboration du règlement intérieur. Toutefois, la réflexion sur le contenu du règlement intérieur doit être engagée dès finalisation de la convention constitutive, dont elle est le prolongement juridique. La démarche d'élaboration du règlement intérieur devrait ainsi être idéalement initiée dès juillet 2016.

Évolutions et conséquences

Les textes définissent les mentions obligatoires de la convention constitutive ; ils sont en revanche presque silencieux quant au contenu du règlement intérieur. Dans ces conditions, il appartient aux établissements parties au GHT d'identifier les éléments qui doivent y figurer en fonction :

- de la nature des acteurs (établissements sanitaires et médico-sociaux) ;
- des différentes mutualisations obligatoires et facultatives mises en œuvre au sein du groupement ;
- des actions opérationnelles qui devront être mises en œuvre au titre du projet médical partagé...

» À RETENIR

- Deux documents régissent le fonctionnement du GHT : la convention constitutive d'une part, le règlement intérieur d'autre part.
- Les établissements parties au groupement doivent engager la rédaction du règlement intérieur dès la transmission de la convention constitutive au DG ARS.

14 • LES RÈGLES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES

Dispositif

1. États des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)

La loi introduit un mécanisme d'examen conjoint des états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) respectifs des établissements publics de santé parties à un même GHT.

» À NOTER

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit la mise en place d'un EPRD pour certains établissements et services médico-sociaux. Toutefois, le mécanisme ici présenté d'examen conjoint des EPRD par le DG ARS concerne les seuls établissements publics de santé parties au GHT.

Ainsi, pour chacun des établissements publics de santé parties à un GHT, le DG ARS prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'EPRD ainsi que le plan global de financement pluriannuel (PGFP), mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 du CSP.

L'article R. 6132-21 du CSP apporte des précisions quant au déroulement de cette procédure.

- Le budget ainsi que les propositions de tarifs servant de base à la participation du patient sont fixés par le directeur de chaque établissement partie au GHT.

» À NOTER

Pour mémoire, l'EPRD et le PGFP sont fixés par le directeur après :

- concertation du directoire,
- avis de la CME sur le PGFP et les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux,
- avis du CTE sur le PGFP,
- information du conseil de surveillance.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L.6143-4-2° bis du code de la santé publique
- Décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé
- Art. 1 et 4 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R.6132-21, R.6145-12 et R.6145-29 du code de la santé publique



- Les établissements parties au GHT transmettent pour avis au comité stratégique du groupement, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue pour la transmission au DG ARS, leur EPRD ainsi que leur PGFP.
- Cet avis est transmis au plus tard 8 jours après cette date limite au DG ARS qui apprécie l'EPRD et le PGFP de chacun des établissements parties au groupement en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

» À NOTER

Il peut être recommandé aux établissements parties de coordonner la transmission de leurs EPRD et PGFP respectifs au DG ARS.

2. Relations budgétaires et comptables entre établissements parties au GHT

L'article R. 6145-12 du CSP prévoit que soient retracées en budget annexe, pour les établissements supports de GHT, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du CSP, à savoir :

- les fonctions dévolues à l'établissement support : système d'information hospitalier (SIH) convergent, département de l'information médicale (DIM) de territoire, fonction achats, coordination des écoles, instituts de formation, plans de formation et de développement professionnel continu (DPC) ;
- la gestion par l'établissement support des équipes médicales communes pour le compte des établissements parties et mise en place de pôles interétablissements ;
- l'organisation en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de biologie médicale et de pharmacie.

» À NOTER

Le budget annexe n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités, mais seulement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties.

Ce budget annexe est créé à partir du 1^{er} janvier 2017.

Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé.

Évolutions et conséquences

Le décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé avance à partir de 2017 le calendrier de fixation de l'EPRD et du PGFP des établissements de santé au 1^{er} janvier de l'année civile (31 mars en régime transitoire pour l'année 2016).

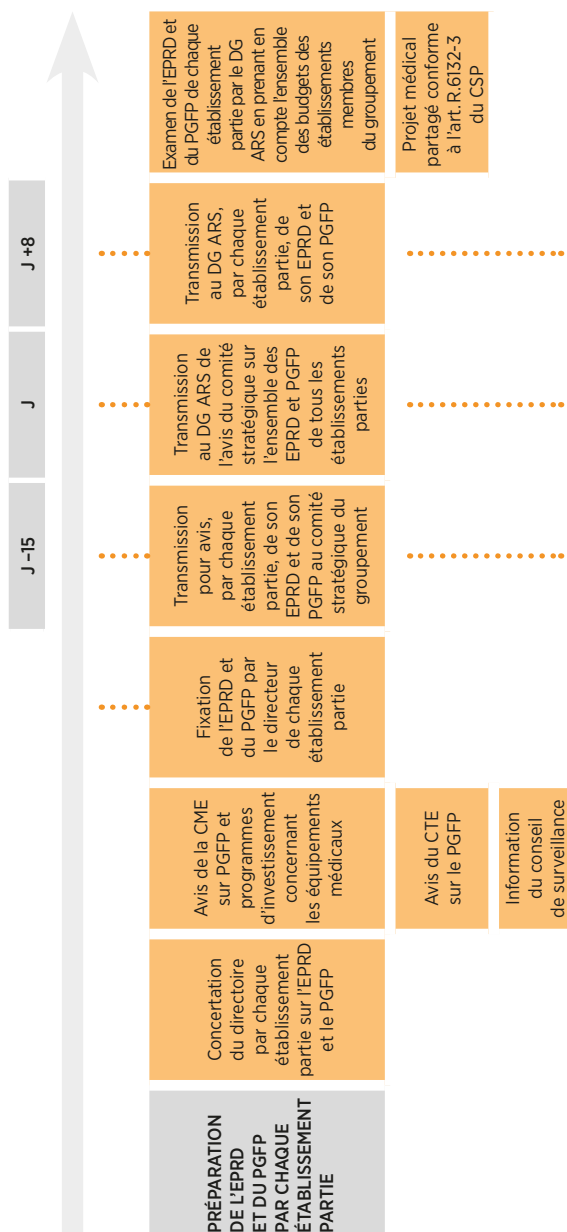
La mise en place d'un examen conjoint des EPRD des établissements parties à un même GHT s'articule avec cette évolution notable de la procédure budgétaire des établissements publics de santé.

L'instruction DGOS n° 2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé le précise :

« La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) nécessitera d'adapter les modalités de supervision financière afin d'apprécier les situations individuelles, et notamment l'approbation de l'EPRD, à l'aune de la stratégie de groupe inhérente au projet médical partagé, tout en s'assurant que les efforts de redressement et de maîtrise des dépenses continuent à être réalisés par chacun des établissements. »

L'enjeu est, pour le DG ARS, de pouvoir apprécier l'impact budgétaire de la structuration au sein d'un GHT des activités de soins autant que des activités mutualisées sur la base, notamment, du projet médical partagé. Cet examen des EPRD permettra de mesurer, parmi d'autres indicateurs, l'efficacité notamment économique de la « stratégie de groupe » mise en place à travers le GHT.

» PARTICIPATION À UN GHT : IMPACT SUR LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ



» À RETENIR

- Chaque établissement public de santé partie à un GHT devra présenter au comité stratégique du groupement son EPRD et son PGFP avant transmission au DG ARS.
- Pour chacun des établissements de santé parties à un GHT, le DG ARS prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'EPRD ainsi que le PGFP.
- Un compte de résultat annexe est créé dans chaque établissement support, à compter du 1^{er} janvier 2017, afin de comptabiliser les charges relatives aux activités et fonctions mutualisées.
- Participation à un GHT : impacts sur la procédure budgétaire des établissements publics de santé.

LE FONCTIONNEMENT

15 • LA CERTIFICATION PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. L. 6132-4 du code de la santé publique
- Art. L. 6113-3 du code de la santé publique
- Art. 1 et 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-20 du code de la santé publique
- Décision n° 2015.0151/DC/SCES du 10 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du CSP (*JORF* n° 0146 du 26 juin 2015)

Dispositif

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe de certification par la Haute Autorité de santé (HAS). S'agissant des établissements publics de santé parties à un même groupement hospitalier de territoire (GHT), la certification des établissements de santé devient conjointe. Cela a vocation à permettre l'uniformisation et l'harmonisation des pratiques et des organisations.

» À NOTER

Cette certification conjointe ne concerne que les seuls établissements de santé. Les établissements et services publics médico-sociaux parties au GHT ne sont pas concernés par cette disposition.

En conséquence de la mise en place de cette démarche de certification conjointe, les textes adaptent le déroulement de la procédure aux établissements parties à un GHT :

- avant la visite sur site, l'ensemble des établissements parties au GHT procède à l'autoévaluation prévue par le code de la santé publique ;

» À NOTER

Les établissements parties au groupement veilleront à définir, le cas échéant, dans le règlement intérieur du GHT, les modalités d'une certification conjointe.

- à compter du 1^{er} janvier 2020, les établissements de santé parties à un GHT se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe.

» À NOTER

Le compte qualité est un outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques, mis en place par la HAS dans le cadre de la certification.

Le compte qualité est intégralement informatisé et mis à disposition des établissements; il propose une approche de l'autoévaluation tournée vers l'action et a vocation à traduire les engagements prioritaires de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il est adressé par chaque établissement à la HAS tous les 24 mois pour le suivi des actions et des résultats.

Durant la période transitoire 2016-2019, la HAS met en place un dispositif de montée en charge progressive de la démarche conjointe.

- Afin d'accompagner cette évolution et de favoriser la mise en œuvre de stratégies communes et de synergies opérationnelles en matière de démarches qualité et de gestion des risques, la HAS offre aux GHT la possibilité de coordonner les démarches de certification des établissements parties du GHT. Les visites sont alors réalisées indépendamment pour chaque établissement sur la base d'un calendrier resserré. Elles donnent lieu à la production de comptes qualité et de rapports propres à chaque établissement.

» À NOTER

Cette mesure fait l'objet d'une convention signée entre la HAS et les établissements volontaires

À compter de 2020, la certification de l'ensemble des établissements membres d'un GHT sera commune. Cela signifie le renseignement d'un seul compte qualité, la réalisation d'une visite commune à l'ensemble des établissements parties du GHT.

» À NOTER

Cette certification commune nécessitera de la part de la HAS une adaptation des modalités de visites.

» À NOTER

Bien que faisant l'objet d'une démarche conjointe, une décision de certification sera prise pour chaque établissement. Celle-ci sera prise à partir de constats communs au GHT.



Évolutions et conséquences

La certification conjointe est le corollaire du projet médical partagé du groupement, qui doit comprendre, notamment, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans ces conditions, l'objectif global de la certification conjointe est de favoriser le développement d'une démarche de management de la qualité et des risques commune aux établissements publics de santé parties d'un même GHT. Il s'agira plus particulièrement, à travers la certification conjointe, d'apprécier la capacité du GHT à déployer un système de management de la qualité et des risques commun à l'ensemble de ses composantes.

Le projet médical partagé devra consacrer un axe aux objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette stratégie qualité et sécurité a vocation à permettre la mise en œuvre de la certification conjointe. Cela passe notamment par :

- un engagement commun des établissements parties dans la démarche : politique du GHT en matière de qualité, gestion des risques et parcours du patient, outils mutualisés... ;
- une convergence échelonnée des comptes qualité, avec pour priorité les thématiques suivantes :
 - management de la qualité et des risques ;
 - parcours du patient à l'appui du projet médical partagé ;
 - gestion du système d'information ;
 - gestion des ressources humaines ;
 - biologie médicale et imagerie diagnostique et interventionnelle.

» À RETENIR

- La procédure de certification des établissements publics de santé parties à un même GHT est conjointe.
- À compter du 1^{er} janvier 2020, les établissements de santé parties à un GHT se dotent d'un compte qualité unique.
- Le projet médical partagé du GHT devra inclure des objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien direct avec la démarche de certification conjointe dans laquelle les établissements devront s'engager.

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance publique- Hôpitaux de Paris	EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ARS	Agence régionale de santé	FAM	Foyer d'accueil médicalisé
CH	Centre hospitalier	GCS	Groupement de coopération sanitaire
CHU	Centre hospitalier et universitaire	GIE	Groupement d'intérêt économique
CDU	Commission des usagers	GHT	Groupement hospitalier de territoire
CEA	Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives	HAD	Hospitalisation à domicile
CIC	Centre d'investigation clinique	HAS	Haute Autorité de santé
CME	Commission médicale d'établissement	HIA	Hôpital d'instruction des armées
CNRS	Centre national de la recherche scientifique	IME	Institut médico-éducatif
CRC	Centre de recherche clinique	INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	IRM	Imagerie par résonance magnétique
CTE	Comité technique d'établissement	ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
DIM	Département de l'information médicale	MAS	Maison d'accueil spécialisé
DPC	Développement professionnel continu	MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
DPII	Dossier patient informatisé et interopérable	PGFP	Plan global de financement pluriannuel
DRCI	Délégation à la recherche clinique et à l'innovation	PMP	Projet médical partagé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	SIH	Système d'information hospitalier
		SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Le dispositif d'accompagnement est essentiel pour la réussite des GHT. C'est pourquoi une chefferie de projet ministérielle, rattachée directement à la directrice générale de l'offre de soins, a été créée pour suivre le déploiement des groupements.

Pour toute question d'ordre national, vous pouvez consulter le dossier dédié sur le site du ministère, où vous trouverez prochainement une foire aux questions :

www.social-sante.gouv.fr/ght