

**MOTS CLÉS**

Loi de santé 2015  
Rapport Larcher  
Établissement  
public de santé  
Agence régionale  
de santé  
Coopération  
GHT  
CHT  
HPST

# actualité

## LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

# Et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ?

La loi de santé doit venir en débat au Parlement au premier semestre 2015. Texte volumineux et protéiforme, il comporte pour les acteurs hospitaliers publics une disposition phare, la création du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette disposition, depuis la toute première version du projet de loi, a suscité de multiples commentaires qui expriment pour le moins des interrogations sinon des craintes.

**P**eut-être que les acteurs hospitaliers ont, sur ce point, quelque mémoire et en particulier le souvenir de ce qu'a été, le temps d'une seule lecture parlementaire, la communauté hospitalière de territoire (CHT) « intégrée » lors des débats de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009.

**Cécile ATTANE**  
Juriste stagiaire  
**Stéphanie SEGUI-SAULNIER**  
Consultante  
**Hervé TANGUY**  
Directeur  
Centre de droit JuriSanté  
CNEH

Au moment où l'Assemblée nationale s'apprête à examiner le projet de loi relatif à la santé, il est éclairant de procéder à une analyse comparative, d'une part, des dispositions relatives au GHT telles que prévues dans le projet de loi adopté en conseil des ministres le 15 octobre, d'autre part de celles existantes concernant la CHT. Tel est l'objet du tableau suivant.

À partir des commentaires formulés, qu'il soit permis pour conclure cette contribution d'intervenir dans le débat.

	DEMAIN, LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	AUJOURD'HUI, LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT)
<b>CARTOGRAPHIE</b>	Futur art. L.6132-61 du code de la santé publique (CSP) « Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent dans le respect du schéma régional prévu à l'article L.1434-3, la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. »	
	<b>COMMENTAIRES</b> Le directeur général de l'ARS doit dresser la liste des GHT à mettre en place dans la région dans le respect du schéma régional, ainsi que la liste des établissements de santé membres du groupement. Cette liste doit être établie au plus tard le 31 décembre 2015.	
<b>CARACTÈRE CONTRAIGNANT DE LA COOPÉRATION</b>	Futur art L.6132-1 I du CSP « Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un groupement hospitalier de territoire. » Futur art. L.6132-6 II du CSP « L'attribution des dotations de financement de l'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé est subordonnée à l'adhésion de cet établissement à un groupement hospitalier de territoire, sauf si cet établissement relève de la dérogation prévue au premier alinéa de l'article L.6132-1 du présent code. » Futur art. L.6132-7 1° du CSP « Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions [...] dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au deuxième alinéa du I de l'article L.6132-1. »	Actuel art. L.6132-2 du code de la santé publique (CSP) « Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire. »
	<b>COMMENTAIRES</b> Les établissements publics de santé ont l'obligation (et non plus la faculté) d'adhérer à un GHT, sauf dérogation accordée par l'ARS tenant à la spécificité de l'établissement dans l'offre de soins régionale. En cas de non-respect de cette obligation, une sanction est prévue : l'établissement n'obtient pas les aides à la contractualisation.	

	DEMAIN, LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	AUJOURD'HUI, LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT)
OBJET	Futur art L.6132-1 II du CSP « Le groupement a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Chaque groupement élabore un projet médical commun à l'ensemble de ses membres. »	Actuel art. L.6132-1 al.1 du CSP « Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences et grâce à la télémédecine. La convention prend en compte la notion d'exception géographique. »
	<b>COMMENTAIRES</b> Chaque GHT a l'obligation d'élaborer un projet médical commun à l'ensemble de ses membres et, le cas échéant, aux établissements associés. L'ambition de rationalisation des modes de gestion des membres est désormais clairement mise en évidence.	
MEMBRES	Futur art L.6132-1 I du CSP « Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un groupement hospitalier de territoire. » Futur art L.6132-1 III du CSP « Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux publics peuvent adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Les établissements privés peuvent être associés aux groupements par voie conventionnelle et bénéficient du statut d'établissement partenaire. » Futur art L.6132-1 IV du CSP « Un établissement public de santé, ou un établissement ou service médico-social public ne peut adhérer qu'à un seul groupement hospitalier de territoire. » Futur art L.6132-1 V du CSP « Les centres hospitaliers régionaux, les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité et tout autre établissement de santé public ou privé désigné par le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé concernées peuvent être associés à l'élaboration du projet médical de groupements dont ils ne sont pas membres ni partenaires. » Futur art L.6132-7 3° du CSP « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions [...] dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être associés aux groupements hospitaliers de territoire. »	Actuel art. L.6132-1 al.1 du CSP « Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire [...] » Actuel art. L.6132-1 al.3 du CSP « Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire. » Actuel art. L.6132-1 al.1 du CSP « Un établissement public ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. » Actuel art. L.6161-8 du CSP « Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10. Ils sont approuvés par le directeur général de l'agence régionale de santé. »
	<b>COMMENTAIRES</b> Un rôle plus ou moins affirmé est attribué à chaque établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les établissements publics de santé doivent obligatoirement être membres d'un GHT et d'un seul (sauf dérogation liée à la spécificité de l'établissement dans l'offre de soins régionale),</li> <li>• les CHR et les établissements publics spécialisés en psychiatrie peuvent être associés à la rédaction du projet médical commun d'un GHT dont ils ne sont ni membres ni partenaires. Mais les CHR ou les établissements spécialisés en psychiatrie peuvent être à la fois membres d'un GHT et associés à la rédaction d'un autre projet médical de GHT que celui dont ils sont membres,</li> <li>• tous les établissements privés, y compris ceux à but lucratif, peuvent être associés au GHT. Le GHT peut ne pas être seulement une coopération public/public; il peut donc abriter une coopération mixte,</li> <li>• les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent être « adhérents » au GHT, et ne sont plus seulement autorisés à « participer aux actions » du groupement.</li> </ul>	
PERSONNALITÉ MORALE	Futur art. L.6132-1 I du CSP « Le groupement hospitalier de territoire n'a pas la personnalité morale. »	
	<b>COMMENTAIRE</b> L'absence de personnalité morale est clairement affirmée.	
PROCÉDURE D'ADOPTION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE	Futur art. L.6132-2 du CSP « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec notamment les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention constitutive ainsi que son renouvellement et sa modification. » Futur art. L.6132-7 2° du CSP « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions [...] d'élaboration de la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire. »	Actuel art. L.6132-2 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance ou, dans le cas visé au 4° de l'article L. 6143-1, par les conseils de surveillance des établissements. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente. Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire. » Actuel art. L.6132-3 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'État dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité. »
	<b>COMMENTAIRE</b> La procédure d'élaboration et d'adoption n'est plus prévue par la loi.	

	DEMAIN, LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	AUJOURD'HUI, LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT)
CONTENU DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE	<p>Futur art. L.6132-3 du CSP</p> <p>« La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :</p> <p>1° Un projet médical commun à l'ensemble des membres du groupement et établissements associés ;</p> <p>2° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement et notamment la désignation de l'établissement support des compétences et activités transférées ;</p> <p>3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissement membres ;</p> <p>4° Les délégations éventuelles de fonctions mentionnées au II de l'article L. 6132-4 [activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques et des activités d'enseignement ou de recherche]. »</p>	<p>Actuel art L.6132-2 du CSP</p> <p>« La convention de communauté hospitalière de territoire définit :</p> <p>1° Le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires ainsi que, le cas échéant, les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;</p> <p>2° Les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;</p> <p>3° Les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;</p> <p>4° En tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;</p> <p>5° Le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;</p> <p>6° La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention. »</p>
	<p><b>COMMENTAIRES</b> Le projet médical du groupement est « commun à l'ensemble des membres » et, le cas échéant, des établissements associés, mais n'est plus « unique », comme tel était le cas dans la version initiale du projet de loi.</p> <p>Diverses dispositions sont supprimées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la valorisation des frais pour services rendus entre les partenaires. Dans ce contexte, différentes questions se posent : quelles seront les modalités de valorisation des prestations entre partenaires ? En cas de non-valorisation, quelles en seront les incidences sur les établissements publics de santé ? Quel sera le regard du juge des comptes sur l'absence de valorisation ?</li> <li>• le dispositif de représentation des établissements parties à la coopération dans les instances de l'établissement support,</li> <li>• les modalités de coopération entre les établissements et les modalités de mise en commun des ressources humaines,</li> <li>• les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements.</li> </ul>	
PROCÉDURE DE DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE	<p>Futur art. L.6132-4 I du CSP</p> <p>« L'établissement support (est) désigné par la convention constitutive. »</p>	<p>Actuel art. L.6132-2 du CSP</p> <p>« La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège. »</p>
	<p><b>COMMENTAIRES</b> L'établissement « siège » devient l'établissement « support ».</p> <p>Les modalités de désignation de l'établissement de référence, désormais « support », ne sont plus définies.</p>	
RÔLE DE L'ÉTABLISSEMENT DE RÉFÉRENCE	<p>Futur art. L.6132-4 I du CSP</p> <p>« L'établissement support [...] assure pour le compte des établissements membres :</p> <p>1° La gestion d'un système d'information hospitalier et d'un département de l'information médicale uniques. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé membre du groupement sont réputées confiées par la personne au groupement, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 1110-4. Le responsable de l'information médicale de l'établissement support procède à l'analyse et à la facturation de l'activité de chacun des membres du groupement et reçoit à cette fin les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation transmises par les praticiens exerçant dans les établissements membres, par dérogation aux dispositions de l'article L. 6113-7. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, et notamment par son article 34 ;</p> <p>« 2° La politique d'achats ;</p> <p>« 3° La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels du groupement. »</p>	
	<p><b>COMMENTAIRES</b> Trois missions sont obligatoirement transférées à l'établissement support : la gestion d'un SIH et d'un DIM uniques, la politique d'achats, et la formation paramédicale.</p> <p>Le SIH et le département d'information médicale (DIM) sont « uniques » dans le GHT (utilisation de l'adjectif « unique » et non « commun » comme pour le projet médical).</p> <p>Une ambiguïté demeure sur le sens à donner à ces dispositions notamment pour la politique d'achats et le plan de formation : sont-ils communs ou uniques ?</p> <p>Dans quelle mesure ces transferts ne portent-ils pas atteinte au principe d'autonomie des établissements publics de santé ?</p>	
DISPOSITIONS FINANCIÈRES		<p>Actuel art. L.6132-2 du CSP</p> <p>« Elle [la convention constitutive] prévoit l'établissement de comptes combinés. »</p>
	<p><b>COMMENTAIRES</b> La loi ne prévoit plus l'établissement de comptes combinés.</p>	

	DEMAIN, LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	AUJOURD'HUI, LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIERE DE TERRITOIRE (CHT)
MISE EN ŒUVRE DE LA MUTUALISATION DES FONCTIONS ET ACTIVITÉS	<p>Futur art. L.6132-4 II du CSP « Tout membre du groupement, peut, en outre, sous réserve qu'il respecte des conditions définies par le décret prévu à l'article L.6132-7, gérer pour le compte du groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques et des activités d'enseignement ou de recherche. »</p> <p>Futur art. L.6132-7 2° du CSP « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions [...] de mutualisation des fonctions mentionnées au II de l'article L.6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. »</p>	<p>Actuel art L.6132-5 du CSP « En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 : 1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ; 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé partis à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du même code. La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé atteste des transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités. »</p> <p>Actuel art L.6132-6 du CSP « L'application d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut donner lieu à la mise à disposition des biens meubles et immeubles nécessaires à l'exercice d'activités transférées entre des établissements publics de santé parties à cette convention. Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était propriétaire des biens mis à disposition, la remise de ces biens a lieu à titre gratuit. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition assume l'ensemble des obligations du propriétaire. L'établissement public de santé bénéficiaire de la mise à disposition est substitué à l'établissement public propriétaire dans tous ses droits et obligations à l'égard de ses cocontractants, découlant notamment des contrats conclus pour l'aménagement, l'entretien et la conservation des biens remis, ainsi qu'à l'égard de tiers. En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés. Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants. Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation peut transférer, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusqu'alors les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations. »</p>
	<b>COMMENTAIRES</b> Les modalités pratiques de mise en œuvre de la mutualisation ne figurent plus dans la loi qui renvoie à des décrets d'application.	
PILOTAGE DE LA COOPÉRATION		<p>Actuel art. L.6132-2 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire définit : [...] La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention. »</p> <p>Actuel art. L.6132-2 du CSP « La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention. »</p> <p>Actuel art. L.6132-2 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire. »</p> <p>Actuel art. R.6132-5 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire peut prévoir la faculté de créer un pôle de territoire regroupant des pôles relevant de tout ou partie des établissements adhérent à la convention sous l'autorité d'un chef unique. Les compétences attribuées au directeur par les articles D. 6146-1, R. 6146-2 et R. 6146-8 sont exercées conjointement par les directeurs des établissements parties, après avis du président de la commission médicale commune lorsqu'elle existe. Les propositions prévues par l'article R. 6146-2 sont établies conjointement par les autorités compétentes des établissements parties. Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle de territoire par décision d'un des directeurs d'établissement prise dans les formes prévues à l'article R. 6146-3. »</p>
	<p><b>COMMENTAIRES</b> À la différence de la CHT, aucun pilotage du GHT n'est défini par les textes. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dispositif de représentation des établissements (qui sont parties à la coopération) dans les instances de l'établissement support est supprimé ;</li> <li>• la mise en place d'une instance commune chargée de la mise en œuvre et de l'évaluation de la coopération n'est plus prévue par la loi (la commission de communauté de la CHT) ;</li> <li>• la possibilité de mettre en place des instances communes de représentation du personnel a également disparu.</li> </ul> <p>Le groupement est-il gouvernable en l'état ? Est-il pour autant exclu de prévoir des instances de pilotage ? À noter que la communauté hospitalière de territoire donnait une base légale à la mise en place de pôle de territoire. Qu'en est-il de ce dispositif ? Quel devenir des pôles de territoire ?</p>	
QUALITÉ	<p>Futur art. L.6132-5 du CSP « La certification des établissements de santé prévue à l'article L.6113-3 est engagée de manière conjointe pour les établissements publics de santé membres d'un même groupement. »</p>	
	<b>COMMENTAIRES</b> La procédure de certification des établissements de santé est conjointe aux membres du groupement.	

	DEMAIN, LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)	AU JOURD'HUI, LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE (CHT)
MODIFICATION DES AUTORISATIONS	<p>Futur art. L. 6132-2 du CSP « Cette approbation [de la convention constitutive par l'ARS], le cas échéant, vaut, confirmation de la modification, en ce qui concerne le lieu, ou de la cession, en ce qui concerne le titulaire, des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 [activités de soins et équipements matériels lourds]. »</p> <p>Futur art. L. 6132-7 4° du CSP « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions [...] dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire sont modifiées. »</p>	<p>Actuel art. L. 6132-4 du CSP « Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire. »</p>
	<b>COMMENTAIRES</b> La loi renvoie aux décrets d'application.	
RÉSILIATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE		<p>Actuel art. L. 6132-7 du CSP « La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée : 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ; 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ; 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'État dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention. Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés. »</p>
	<b>COMMENTAIRES</b> Les modalités de résiliation ne sont pas fixées par le projet de loi de santé dans la mesure où le regroupement en GHT est obligatoire. La liste des GHT est-elle figée ? <i>Quid</i> en cas d'évolution de la liste des GHT ? Dans ce cas, la convention sera-t-elle obligatoirement résiliée ?	
ENTRÉE EN VIGUEUR	<p>Futur art. L. 6132-7 du CSP « IV- Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par les dispositions du chapitre II du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi. V- La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue à l'article L. 6132-6 est établie avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu de l'article L. 6132-2. VI- Chaque établissement public de santé adhère à un groupement hospitalier de territoire avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 sauf s'il dispose de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1. Les dispositions du II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique dans leur rédaction issue de la présente loi sont applicables : 1° À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ; 2° À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 du même code. »</p>	
	<b>COMMENTAIRES</b> Un calendrier ambitieux de mise en œuvre est affiché mais il n'est pas cohérent dans la mesure où une même date est retenue (au plus tard le 1 <sup>er</sup> janvier 2016) pour, d'une part que les directeurs généraux d'ARS dressent une liste des GHT, d'autre part que chaque établissement public de santé adhère à un GHT. De surcroît, cette réforme risque d'être impactée dans sa mise en œuvre par la loi relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.	

## Réflexions...

Le GHT serait-il l'énième avatar de l'art (français) consommé de la non-réforme ? Sans aucun doute, du moins si le gouvernement reste sur la version du projet de loi de santé, adoptée en Conseil des ministres le 15 octobre dernier.

Certes, le gouvernement, prêt à développer et à renforcer les rapprochements entre hôpitaux publics pour favoriser les complémentarités autour de stratégies et de projets médicaux communs, affiche pour ambition, qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016 au

plus tard, chaque établissement public de santé devienne, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins, membre d'un GHT sous peine de ne pas obtenir d'aides à la contractualisation.

Mais il n'aura échappé à personne que plus les versions du projet de loi de santé se succèdent, plus le GHT perd en substance<sup>(1)</sup>... Plus les mécontentements et menaces d'actions se multiplient, plus le calendrier se desserre<sup>(2)</sup>... À ce stade, le GHT est déjà moins ambitieux que la CHT<sup>(3)</sup>.

Surtout, il n'aura non plus échappé à personne que l'on est à la croisée des chemins en ce qui concerne les coopérations public/public. La principale difficulté reste l'acceptabilité d'un GHT « restructurant » (d'autant qu'il sera parfois une

étape vers une fusion) remettrait en cause, sans nul doute, le principe d'autonomie des établissements publics de santé. De deux choses l'une : ou le GHT est cosmétique ou le GHT est restructurant. Si le GHT a bien vocation à recomposer et à restructurer l'offre de soins publique, cela sera difficile avec des GHT dépourvus d'instances de pilotage et de patrons pour les diriger. Bref, difficile de rester sur un mode conventionnel de coopération et de ne pas doter le GHT de la personnalité morale. Est-ce un débat juridique ? Non. Il s'agit avant tout de volontarisme politique et de stratégie hospitalière.

Le GHT doit alors, de toute évidence, disposer de la personnalité morale pour atteindre les objectifs clairement affichés (mais peut-être moins assumés ?), à savoir définir et déployer une stratégie territoriale qui serait unique (et non pas seulement commune) aux membres. Ainsi, à très brève échéance, les orientations médicales et stratégiques devront être arrêtées, les décisions prises et mises en œuvre non plus au niveau d'un établissement de santé mais d'un GHT. L'échelle sera le territoire en intégrant la taille, le rôle et les complémentarités des membres du GHT et non plus l'établissement.

Des questions très pratiques vont rapidement se poser sur le terrain, car la stratégie établie au niveau du GHT aura des implications fortes sur le fonctionnement des établissements publics de santé pour ce qui concerne la conduite de leurs projets médicaux et d'établissement, la gestion de leurs moyens matériels ou encore le management de leurs personnels. Ainsi, comment arrêter et mettre en œuvre un projet médical pensé dorénavant à l'échelon du territoire ? Quelle articulation entre le projet médical commun du GHT et le projet médical de chacun des établissements ? Y aura-t-il une substitution ou une sédimentation des projets médicaux des membres ? Comment assurer de manière cohérente le transfert d'activités entre établissements membres d'un même GHT et rationaliser les modes de gestion ? Comment coordonner la mise en commun des systèmes d'information hospitalier, des départements d'information médicale, des politiques achats ou encore des plans de formation au niveau de l'établissement support ? Quel positionnement de l'établissement support au niveau du territoire et vis-à-vis des autres membres du GHT ? Comment gérer les agents qui resteront rattachés à des entités juridiques distinctes...

Bref, il apparaît particulièrement délicat de traiter de l'ensemble de ces questions sans créer une personne morale, pourvue d'instances et d'organes compétents, pour gouverner la stratégie territoriale. C'est tout simplement donner aux GHT constitués de la cohérence, de la légitimité et une capacité de pilotage.

### Une nouvelle catégorie d'établissement ?

En ce sens, une réflexion avait été lancée il y a maintenant six ans. Il s'agissait de répondre à la « stratégie de groupe » de l'hôpital public prônée par la Fédération hospitalière de France. L'une des propositions contenues dans le rapport Larcher consistait à créer une nouvelle catégorie d'établissement public comportant, de par la loi, des compétences obligatoires et, par convention, des compétences facultatives. La commission Larcher préconisait, sur le modèle de la

« Le GHT doit, de toute évidence, disposer de la personnalité morale pour atteindre les objectifs clairement affichés, à savoir définir et déployer une stratégie territoriale qui serait unique (et non pas seulement commune) aux membres. »

coopération intercommunale, la constitution de communautés d'hôpitaux (les CHT) relevant d'une nouvelle catégorie d'établissement public. L'objectif affiché était la recherche d'une taille critique pour renforcer le management et pour constituer des équipes médicales. En d'autres termes, la commission Larcher entendait forger l'outil permettant aux acteurs hospitaliers de procéder par eux-mêmes aux restructurations hospitalières.

Cette préconisation allait-elle trouver traduction législative ? Jamais les parlementaires en 2009 n'ont envisagé de créer une nouvelle catégorie d'établissement public. C'en était trop pour le législateur ! Les députés imaginèrent alors deux catégories de CHT : la première « intégrée », la seconde « fédérative ». Puis, dans sa sagesse, le Sénat ne retint que l'actuelle CHT.

Mais aujourd'hui, à l'heure d'une nouvelle réforme aux enjeux encore plus prégnants qu'il y a six ans, la question de la volonté réelle de donner aux acteurs hospitaliers la possibilité de procéder à la recomposition de l'offre de soins est, à nouveau, sur le bureau du législateur. Le veut-on vraiment ? Si oui, nul doute que la commission Larcher avait raison bien avant l'heure ! ●

### NOTES

(1) En première intention, il avait été envisagé que le GHT puisse disposer de la personnalité morale, élabore un projet médical unique (et non pas seulement commun), dispose d'une assemblée générale et, le cas échéant, d'un directoire, d'instances communes de représentation et de consultation du personnel des membres susceptibles de se substituer aux instances des établissements membres et assure pour le compte de ses membres de multiples prestations (gestion d'un SIH et d'un DIM uniques, élaboration et mise en œuvre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, gestion d'une PUI unique, contrôle de gestion, organisation de la permanence des soins, politique d'achats...).

(2) La ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de la femme, Marisol Touraine, a confirmé le 12 décembre dernier, dans un entretien accordé au quotidien *Libération*, le report au printemps 2015 de l'examen du projet de loi de santé par le Parlement.

(3) Certains des leviers qui permettaient un pilotage efficient des actuelles CHT ont purement et simplement été supprimés du dispositif des GHT : disparition des instances de gouvernance, dont les instances communes de représentation des personnels, et des pôles de territoire notamment.