

FACULTÉ DE DROIT, D'ECONOMIE ET DE GESTION
UNIVERSITÉ DE VALENCIENNES ET
DU HAINAUT-CAMBRÉSIS

*MASTER 2 Droit Public des Affaires:
Parcours Contrats Publics*

**LA MISE EN PLACE DES GROUPEMENTS
HOSPITALIERS DE TERRITOIRE &
LA RÉORGANISATION DU PROCESSUS ACHAT
AU REGARD DES PRINCIPES DE LA COMMANDE
PUBLIQUE**

Par Antoine LARCANCHÉ

Mémoire réalisé sous la direction de
Monsieur Romélien COLAVITTI, Maître de Conférences à l'université de
Valenciennes et juge assesseur à la Cour Nationale du droit d'asile

Année universitaire 2017/2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements :

À mon directeur de mémoire Monsieur Romélien COLAVITTI, maître de Conférences à l'université de Valenciennes et juge assesseur à la Cour Nationale du droit d'asile pour ses conseils avisés,

À Monsieur Hugues LEFRANC, Directeur du département achat du Centre Hospitalier de Valenciennes et du GHT du Hainaut-Cambrésis qui m'a permis d'intégrer le Centre Hospitalier de Valenciennes,

À Madame Françoise DELAVERGNE, Responsable de la Cellule Marchés au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes qui m'a fait confiance et m'a accompagné tout au long de mon stage,

À la cellule marché et la cellule achat, qui m'ont très sympathiquement intégré dans leurs équipes,

À ma famille pour leur soutien durant ces nombreux mois.

« Existe-t-il pour l'Homme un bien plus précieux que la Santé ? »

SOCRATE, Philosophe

SOMMAIRE

Introduction

PARTIE 1 MODALITÉS DE MISE EN PLACE D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Chapitre 1 Le GHT : Une réforme managériale et structurelle

I. Une réforme nationale à visée locale

II. Composition et acteurs

Chapitre 2 Le bouleversement du processus achat

I. La convergence des achats pour l'établissement support du GHT

II. L'exemple du GHT Hainaut-Cambrésis

Partie 2 QUALIFICATION ET RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DE LA MISSION CONFIÉE À UN GHT

Chapitre 1 Le GHT au regard de la commande publique

I. Délégations et pouvoirs

II. Les différents marchés passés par l'établissement support

Chapitre 2 Le maintien des grands principes du service public hospitalier

I. Le maintien et la valorisation des principes du service public hospitalier

II. Bilan de la mise en application du GHT

Bibliographie

Liste des abréviations

Table des matières

Annexe

INTRODUCTION

Le 26 janvier 2016, la loi dite « de modernisation de notre système de santé » a été votée. Cette loi dans son article 107, énonce la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Souhait émis par la Cour des Comptes dans son rapport annuel de 2015, pour une recomposition de l'offre de soin du niveau national vers le niveau territorial. « Alors que les enjeux démographiques et financiers deviennent encore plus lourds, il importe de donner sans attendre un nouvel élan aux actions de recomposition de l'offre de soins et de les inscrire dans un cadre plus cohérent, selon des modalités plus déterminées et en fonction d'objectifs d'efficience plus explicites ».¹

Cet enjeu d'offrir toujours une meilleure offre de soin pour le territoire nationale, n'est pas nouvelle.

1/En effet, l'Etat depuis 1941 a étatisé les hôpitaux qui auparavant étaient gérés de manières autonomes.

L'arrivée des assurances sociales avec la loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril 19302, et le développement des mutuelles ont contraint le pouvoir en place à effectuer une révision profonde du statut législatif et administratif des hôpitaux publics. Cette révision a permis aux français de bénéficier d'un accès pour tous aux structures sanitaires, avec la notion de droit au soin.

C'est avec la loi du 21 décembre 1941, loi dite « Charte Hospitalière » que les nouvelles institutions hospitalières sont fixées. Institutions qui avaient été déjà fixées dans un décret-loi de 1939, mais qui ne fût jamais appliqué suite au début de la Seconde Guerre Mondiale, en France.³

¹ COUR DES COMPTES Rapport annuel de 2015

² Légifrance

³ **Rapport sur le nouveau projet de loi sur les assurances sociales (1921).** [\[1\]](#) Extraits Par [Georges Cahen-Salvador](#) p.139 à155

Avec cette loi, le Directeur d'hôpital est désormais nommé par le Préfet ou par le ministre est non plus par le Président de la commission administrative.

Les établissements sont regroupés en quatre catégories d'établissement de santé : en centre hospitalier régional, en hôpital, en hôpital-hospice et en hospice.

2/La seconde étape importante dans le processus de modernisation de l'hôpital arrive en 1958 avec la création des CHRU regroupant le CHR et la faculté de médecine afin d'assurer aux médecins une continuité entre leur travail à l'hôpital et leur charge de cours. C'est ainsi que trois ordonnances :

Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires

Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire. opèrent une véritable réforme hospitalière.

En parallèle de l'ordonnance n°58-1198, une autre ordonnance du même jour est venue constituer des organes nationaux ayant pour but de concevoir et contrôler la mise en œuvre d'une politique hospitalière nationale. Cette ordonnance a créé : une « commission nationale de l'équipement hospitalier concourant à l'inventaire des équipements sanitaires du pays et donnant son avis sur les créations, transformations et suppressions des hôpitaux, et sur le plan national de modernisation des hôpitaux »⁴. Les Directeurs d'Hôpitaux ont vu leurs pouvoirs considérablement évolués. En effet, ces derniers, se voient désormais affecter aux contrôles des dépenses et à la perception de recettes, missions qui étaient exercées auparavant par le président de la commission administrative.

Enfin, avec l'ordonnance n°59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, pour tout établissement privé souhaitant s'installer sur le territoire, une obligation de déclaration préfectorale sera demandée.

3/ Troisième réforme hospitalière importante arrive en 1970, elle vient poser les bases d'un système hospitalier plus centraliser, se détachant de la collectivité locale.

⁴ Source IRDES : Les réformes hospitalières en France, synthèse documentaires, sept 2017, Marie Odile SAFON

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, défendue par le ministre de la Santé de l'époque Robert Boulin, elle vient définir un système hospitalier intégrant les secteurs public et privé d'hospitalisation.

C'est la première fois depuis 1951, qu'une loi portant sur la réforme hospitalière est discutée devant le Parlement.

Cette réforme instaure une carte sanitaire qui comptabilise le nombre de lit et les équipements lourds pour connaître les besoins de chaque établissement au niveau local et régional.

Le législateur a voulu par cette réforme, promouvoir un service public hospitalier de qualité, intégrant le secteur public et le secteur privé pour les établissements qui souhaitent y participer. La seule condition pour y répondre, est pour l'établissement de disposer d'un service, d'un matériel et d'une ouverture aux patients qui sont conformes aux « missions de services publics hospitalier »⁵.

Un contrat de concession de service public hospitalier, peut-être ainsi conclu avec les établissements à but non lucratif qui le souhaitent.

Nous pouvons voir avec la réforme hospitalière de 1970, ce qui semble être les premiers fondements de la réforme actuelle du 26 janvier 2016. En, effet à l'époque, le législateur proposa de supprimer plusieurs petits centres hospitaliers, et proposa une coopération interhospitalière entre les structures publiques sous forme de syndicats interhospitaliers auxquels pourront venir se greffer es cliniques privés qui répondent aux services publics hospitaliers.

Le droit des malades est amélioré, en laissant la possibilité au patient de choisir librement son médecin, ainsi que le libre accès à son médical hospitalier par le biais de son médecin traitant.

Un changement de taille est opéré en créant un conseil d'administration qui remplace la commission administrative. Ce conseil d'administration est maintenant composé de

⁵ Conseil d'état : Quelles sont les missions des établissements de santé ? site : www.viepublique.fr <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/quelles-sont-missions-etablissements-sante.html>

quatorze membres dont trois représentant du conseil municipal, du conseil général, des personnels médicaux salariés et des agents non médecins de l'établissement, des membres de la sécurité sociale.

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 a été depuis sa promulgation, de très nombreuses fois modifiées, par le législateur, qui n'a eu de cesse de vouloir offrir la meilleure offre de soin sur le territoire national, et pour permettre une égalité d'accès au soin pour tous les patients.

4/ L'année 1996 marque un tournant dans la politique menée jusqu'à présent par le législateur. En effet, le législateur après avoir menée politique de re-centralisation dans les années 1970, revient à une politique régionale et ou les établissements de santé se voient re-configurés.

L'ordonnance n°96-346 du 26 avril 1996⁶ dite la réforme « Juppé » a comme élément central la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. L'ordonnance va ainsi mettre en place les Agences Régionales de l'Hospitalisation (**ARH**) qui seront dirigées par l'Etat et l'Assurance Maladie. L'objectif principal de cette ordonnance était de réduire les inégalités entre les régions et les départements et les établissements. Pour pouvoir réaliser cette objectif, le législateur va mettre en place les principes de responsabilisation, de contractualisation et une meilleure coordination entre établissements publics.

Cette ordonnance du 26 avril 1996 est découpée en 8 titres. Le but principal des pouvoirs publics est de faire des économies, notamment en réduisant de près d'un tiers le nombre de lits du parc hospitalier français, soit tout de même près de 100 000 lits. Avec cette loi, la proximité de l'offre de soin est délaissée au profit de la qualité des soins. C'est ainsi, que les petites structures et les établissements de petite taille vont se voir regroupés ou fermés.

La loi n°2002-202 de 2002 dite loi « loi Kouchner » du nom du ministre de la santé de l'époque vient améliorer le droit des malades dénommé maintenant le « droit des patients ». Cette loi a pour but d'améliorer l'information médicale pour le patient et de parfaire le droit au remboursement du patient.

⁶ Annexe mettre l'ordonnance du 26 avril 1996

C'est en se basant en novembre 2002, sur le Rapport Piquemal⁷ qui décrit un profond malaise au sein de l'hôpital: « *La réduction du temps de travail (RTT) est un moment important de l'évolution des hôpitaux (établissements publics, établissements privés participant au service public et établissements privés commerciaux). La Mission nationale d'évaluation rappelle que si la RTT est ressentie comme une "avancée sociale" et qu'elle constitue aux "yeux des personnels un acquis sur lequel il ne saurait être question de revenir", elle a en même temps révélé voire amplifié la crise du secteur hospitalier.* » Angel Piquemal, que le Plan Hôpital voit le jour.

Il a pour objectif finaliser les réformes de 1995-1996. Plusieurs axes sont ainsi dessinés comme:

- le changement de logique pour passer d'une régulation administrée vers une autonomie
- la modernisation des établissements publics de santé
- un accompagnement des évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat.

Ce plan Hôpital se traduit par la loi d'habilitation n°2003-581 du 2 juillet 2003 qui vient autoriser le gouvernement, par le biais de l'article 38 de la Constitution, à réformer le secteur sanitaire et sociale de l'hôpital par la voie de l'ordonnance.

C'est avec l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 que le gouvernement vient prendre de mesure de réorganisation et de simplification pour le secteur hospitalier.⁸ Cette ordonnance va venir simplifier le régime d'autorisation d'activités de soins en supprimant la carte sanitaire, et donne un rôle encore plus important aux agences régionales de d'hospitalisation.

⁷ Rapport Piquemal, Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé, novembre 2002

⁸ Communiqué de presse du Conseil des ministres du 3 septembre 2003, Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichOrdonnance.do?type=general&idDocument=JORFDOLE000017761157>

Des nouveaux modes de financements sont accordés pour les établissements, comme le bail emphytéotique administratif, ou encore la possibilité pour les grands établissements publics de santé de passer des contrats de globaux (contrat de partenariat public-privé). Nouveau mode de financement de l'époque, les hôpitaux vont l'accueillir comme une opportunité par rapport aux financements publics, leurs permettant de pouvoir financer leurs projets. Sauf que par ce type de financement le futur s'écrit en pointillé avec des endettements conséquents.

5/ Les gouvernements continuent au fil des mandats de vouloir améliorer notre système de santé. En 2009, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, revient organiser et moderniser notre système de santé.

Cette loi porte les fondements et les bases de notre système de santé actuel. En effet, en 2009, le législateur vient donner une nouvelle définition d'un statut unique pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Améliorant ainsi leur gestion et favorisant les échanges entre établissement. Les établissements de santé privés qui participent au service public hospitalier (**PSPH**) se voient maintenant dénommés « Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (**ESPIC**).

Les hôpitaux locaux sont voués à disparaître, ils ont désormais un statut unique placé sous la direction de la commune, de l'intercommunalité, du département, de la région ou de l'Etat. Seuls les établissements hospitaliers régionaux et ou universitaire perdurent.

Les chefs d'établissements voient leurs rôles renforcés, notamment par la création des **CHT** ⁹(Communauté Hospitalière de Territoire, ancêtre des actuels **GHT**). Cette nouvelle forme d'organisation favorise l'échange de moyens humains, techniques entre les établissements autour d'un centre de référence. Cette nouvelle organisation se base sur le volontariat, ne forçant ainsi aucun établissement dans une politique qui lui semble étrangère à la sienne.

⁹ Fiche HPST: La communauté hospitalière de territoire, Source Direction générale de l'offre de soins (**DGOS**), solidarite.gouv.fr

Les médecins se voient aussi intégrés dans le processus d'organisation et de gestion de l'Hôpital. En effet dans chaque établissement un médecin sera élu par ses pairs pour diriger la Commission Médicale d'Établissement (CME), qui coordonnera avec le chef d'établissement la politique médicale de l'établissement. C'est une nouveauté, car auparavant le médecin était placé sous l'autorité du Directeur, en ce qui concerne la politique médicale de l'établissement.

Une nouvelle définition du Service Public est donnée pour les établissements de santé. On ne parle plus désormais de service public hospitalier, mais seulement de service public. La notion de service public est vue dans un sens plus large, elle vise à offrir une meilleure couverture de soins et de prise en charge, sur tout le territoire.

De nouveaux acteurs apparaissent, comme le Directeur de l'ARS, qui vient organiser l'offre de soins du service public au cœur d'un territoire¹⁰. C'est ainsi que 14 missions de service public sont dégagées à l'article L6112-1: « *La permanence de soins ; La prise en charge des soins palliatifs ; L'enseignement universitaire et post-universitaire ; La recherche ; Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ; Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ; La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; Les actions de santé publique ; La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ; Les soins dispensés aux détenus en milieux pénitentiaires, et, si nécessaire, en milieu hospitalier selon des conditions définies par décret ; Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :*

¹⁰ Mission de l'ARS: La gouvernance de agences régionales de santé: 20 février 2018 : ars.santé.fr

Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. »¹¹ [Vie publique .fr](http://viepublique.fr) & legifrance.fr.

6/ Le Plan Hôpital de 2012 vient parachever le Plan Hôpital de 2007

Se basant sur les observations du comité de pilotage présidé par Edouard Couty rendu le 4 mars 2013 , la ministre de la Santé vient réorganiser le système de santé autour du patient : *«La stratégie nationale de santé, c'est un choix, celui de réorganiser notre système de santé autour du patient, et de structurer une médecine de parcours, ... , Il doit y trouver un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public dont il est intimement porteur.* »¹² Marisol Touraine Ministre des Affaires Sociales de la Santé le 4 mars 2013.

7/ Enfin, la dernière grande réforme qu'a connu notre système de santé a été introduite le 26 janvier 2016 avec la loi n°2016-41 de modernisation de notre système santé, publié au Journal officiel le 27 janvier 2016. Cette loi est axée autour de trois grands axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation, elle comprend 227 articles.

Cette loi prévoit quelques mesures phares comme par exemple l'expérimentation de salles de consommation de drogues surveillées, la désignation d'un médecin traitant pour les enfants mineurs, les paquets de cigarettes neutre, l'instauration des logos nutritionnels sur les emballages des produits alimentaires, la généralisation du tiers-payant à tous les assurés à partir du 1^{er} janvier 2017¹³.

A propos du volet hospitalier, le législateur a réintroduit la notion de service public hospitalier qui avait été supprimé par la loi HPST du 21 juillet 2009. La loi redéfinit le fonctionnement

¹¹ Quelles sont les missions des établissements publics de santé ? du 24.03.2016 : viepublique.fr & legifrance.fr

¹² Discours de la Ministre des affaires sociales et de la Santé du 4 mars 2013

¹³ Légifrance : Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

des pôles dans leur composition. Dans son article 107, la loi remplace les communautés hospitalières de territoire (CHT) par des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le coeur de la réforme sur les GHT peut être représenté par le Projet Médical Partagé (PMP). Il est défini à l'article Art. R. 6132-3.-I du CSP.¹⁴ Les établissements parties doivent se mettre d'accord sur un PMP commun, car il va répondre aux besoins de santé du GHT. Il est transmis au Directeur Général de l'ARS de la ou les régions concernées. Le PMP est ensuite intégré à la convention constitutive du GHT. Le PMP est établi pour une période de cinq ans¹⁵.

Pour arriver à cette réforme novatrice et indispensable à notre système de santé, le législateur s'est appuyé sur des professionnels de santé, des médecins, sur les partenaires sociaux, et enfin sur les établissements publics de santé.

¹⁴Légifrance :Art. R. 6132-3.-I.:du décret du 27 avril 2016-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

- « 1° Les objectifs médicaux ;
 - « 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
 - « 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
 - « 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :
 - « a) La permanence et la continuité des soins ;
 - « b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
 - « c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - « d) Les plateaux techniques ;
 - « e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - « f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - « g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - « h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;
 - « 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
 - « 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
 - « 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
 - « 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
 - « 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.
- « II.-Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.
- « III.-La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

¹⁵Légifrance :Art. R. 6132-4 du décret du 27 avril 2016

Le gouvernement a fait appel à deux spécialistes: Jacqueline HUBERT Directrice Général du CHU de Grenoble et Frédéric MARTINEAU Président de la CME du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Ils ont été chargé, le 17 novembre 2018, par la Ministre des affaires sociales et des droits des femmes, de participer à la conception du dispositif des GHT, de la définition des outils et des modalités de mise en oeuvre des GHT sur le territoire national.

Pour réaliser leur mission, ils sont allés à la rencontre des professionnels de santé aux quatre coins de la France, réalisant des concertations dans les régions avec l'appui des Agences Régionales de Santé.

De ces échanges et rencontres avec les différents acteurs de notre système de Santé, Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, ont rendu un rapport final en 2016. Ce rapport préconise les orientations à suivre concernant la mise en place des GHT dans les régions.

C'est partant de ces analyses et conseils rendu dans ce rapport, que mon mémoire à débiter.

Problématique :

Comment la mise en place des GHT a-t-elle modifié le processus achat de l'Hôpital ? et quelles sont les missions et responsabilité de l'Etablissement support dans cette nouvelle organisation ?

PARTIE 1

PARTIE 1

MODALITE DE MISE EN PLACE D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La réforme managériales et structurelle conduisant à la création des groupements hospitaliers de territoire (Chapitre 1) a conduit à un véritable bouleversement du processus achat (Chapitre 2) des établissements publics de santé.

Chapitre 1

Le GHT : Une réforme managériale et structurelle

Cette réforme nationale à visée locale (I) se traduit par une modification au niveau de la composition et des acteurs des établissements publics de santé (II).

I. Une réforme nationale à visée locale

A. La constitution d'un GHT et ses conséquences

1) La consultation préalable

Le législateur a imposé aux établissements publics de santé, de former un groupement hospitalier de territoire et ce à compter du 1er juillet 2016. Les établissements publics de santé ont dû ainsi conclure une convention constitutive qui est l'élément central de la constitution du GHT avec le projet médical partagé.¹⁶

Pour arriver à la signature d'une convention constitutive, les établissements publics de santé ont dû réaliser préalablement une consultation de leur conseil de surveillance et de leur directoire. Une consultation préalable a aussi dû être faite auprès des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements parties et des comités techniques d'établissement (CTE).

¹⁶ Cf annexe 1 : La convention du GHT Hainaut-Cambrésis

Le GHT constitue ainsi une action de coopération comme l'indique l'article L.6143-7-8 du CSP.

2) L'accord des Agences Régionales de Santé (ARS)

En effet, chaque GHT a dû une fois sa convention constitutive formée, par les établissements parties, soumettre cette convention aux directeurs généraux de leur région.

Le GHT n'est pas enfermé aux frontières d'une région, il peut être étendu sur plusieurs régions limitrophes. Les ARS peuvent demander aux GHT de réviser la convention constitutive pour qu'elle soit en conformité avec les projets régionaux de santé. Comme le prévoit l'article L.6122-1 du CSP.

3) Les sanctions prévues en cas de retard dans l'intégration à un GHT

Le législateur dans sa volonté de mettre en place les GHT, a prévu des sanctions en cas de non intégration à un GHT passé le 1er juillet 2016. Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) déjà formées avant le 1er juillet 2016, n'ayant pas émis le souhait de se regrouper en GHT, se verront automatiquement transformées en GHT.

Des sanctions financières pourront être appliquées aux établissements inactifs.

Ceci montre le caractère répressif des GHT. Ces sanctions financières pourront se traduire notamment, par la non attribution des dotations régionales de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).¹⁷

¹⁷ Dispositif issu de la tarification à l'activité, article L.162-22-13 du Code de la sécurité sociale (CSS)

4) La teneur de la convention

Les bases de la convention constitutive de GHT est fixée par la loi. Cette dernière doit impérativement comporter un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties. Elle doit aussi comporter la délégation d'activité. Elle doit également décrire l'organisation et le fonctionnement du groupement (établissements supports, établissements parties) et la composition des différents acteurs exécutifs¹⁸.

Nous pouvons représenter la convention constitutive comme le ciment qui soude les établissements parties entre eux. Le choix des partenaires au groupement est donc primordial, pour pouvoir avancer sereinement.

La convention constitutive est conclue pour une période maximale de 10 ans.¹⁹

B. Etat des lieux

1) Avant la réforme de 2016

La France avant la réforme de modernisation de notre système de santé comprenait 913 établissements publics de santé dont 402 établissements étaient sous une gouvernance autonome.

C'est à dire qu'il n'y avait pas de collaboration avec d'autres établissements publics.

Parmi ces 913 établissements publics de santé, 357 avaient une direction commune.

Parmi ces 357 établissements, 268 étaient déjà dotés d'une direction commune d'au moins 2 établissements publics de santé.

¹⁸ Cf Partie 1, Chapitre 1, II. B.

¹⁹ Légifrance: Article R. 6132-1.-III «La convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans ».

Avant la mise en place des GHT, il existait déjà 55 communautés hospitalières de territoire (CHT)²⁰.

Ce constat des établissements publics de santé sur l'ensemble du territoire français, montre qu'il existait des dysfonctionnements concernant l'offre de soins dispensée aux usagers et ce malgré les prémices de coopérations inter-hospitalières avec la réforme de 2009 sur les communautés hospitalières de territoire.

Le législateur, toujours dans une volonté d'améliorer l'offre de soins et l'égalité d'accès aux soins, a prolongé la réforme de 2009 par la réforme des groupements hospitaliers de territoire de 2016.

2) Après la réforme de 2016²¹

Les établissements publics de santé avaient pour obligation, au 1er juillet 2016, de se réunir sous une nouvelle organisation : en GHT. C'est avec fierté que la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Marisol TOURAINE annonçait le 5 juillet 2016, le nombre final de GHT créé en France.

135 GHT furent formés sur l'ensemble du territoire regroupant pas moins de 850 hôpitaux français.

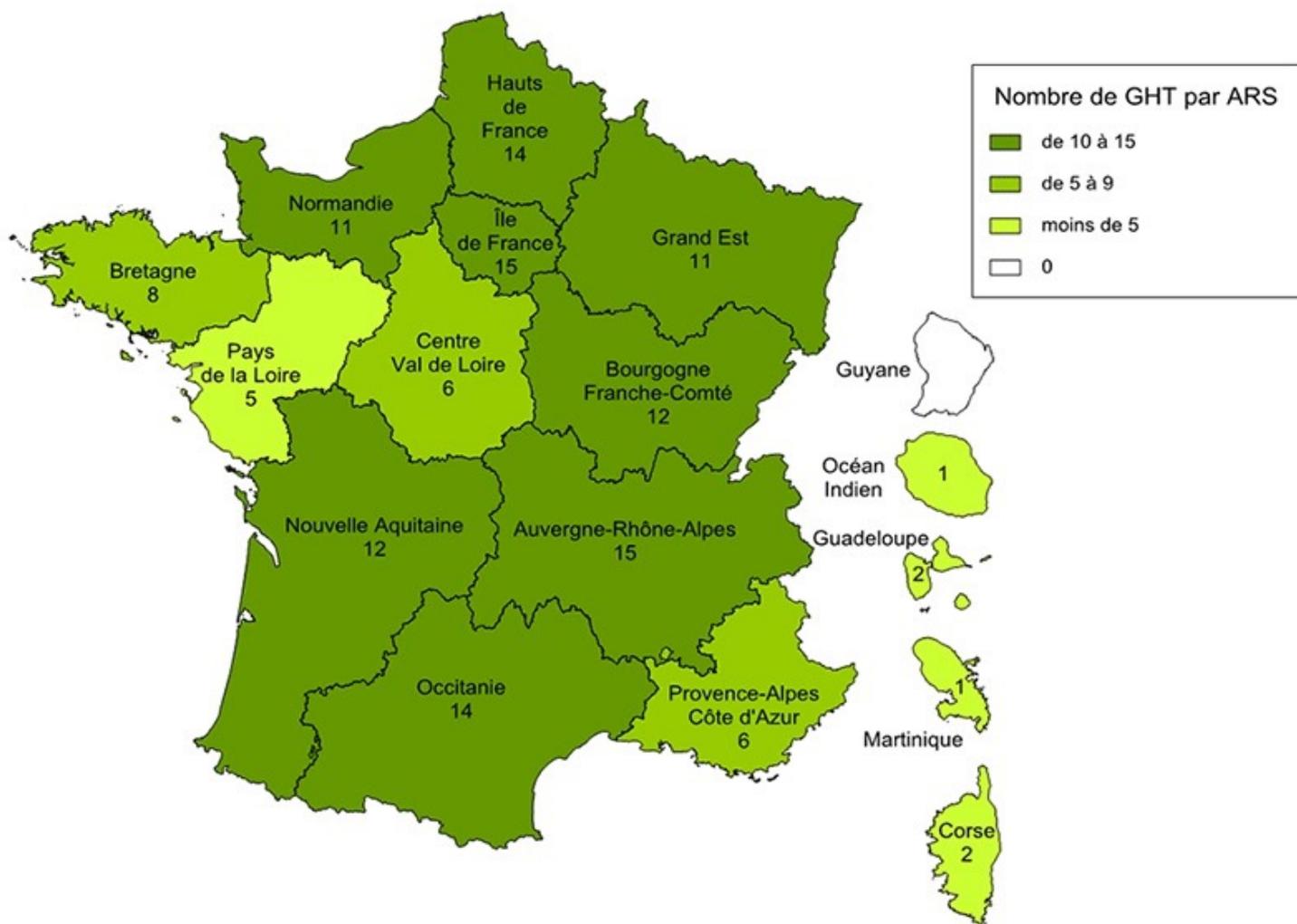
« Cette réforme majeure pour l'hôpital est aujourd'hui une réalité. Une réforme qui permettra de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire » Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé²².

²⁰ Chiffres datés de 2014 et donnés par les directions générales de l'Agence Régionale de Santé (ARS)

²¹ Direction Générale des Offres de Soins (DGOS) 2016

²² Communiqué de presse du 5 juillet 2016 du ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol TOURAINE

Les GHT en région



Source : DGOS

3) Périmètre des GHT

a) Des disparités dans la taille

Les établissements publics de santé sont parvenus, en seulement 5 mois de concertation, à former les GHT. Cependant, nous pouvons remarquer qu'il existe déjà de très grandes disparités d'un GHT à un autre. En effet, suite aux arrêtés rendus par les différents Directeurs Généraux des ARS de chaque région, au 1er juillet 2016, de grandes disparités sont observées entre GHT tout d'abord au niveau de la taille. La taille des GHT peut différer de 2 à 20 établissements.

La superficie du territoire ainsi que la population d'un GHT est aussi très disparate. Elle varie de 100 000 à 2 millions d'habitants.

Ces disparités au niveau de la taille et du périmètre des GHT entraînent par voie de conséquence, des différences de budget pouvant amener à une mise en concurrence des différents GHT.

b) Des disparités dans les budgets

En effet, nous pouvons observer des différences de budget allant de 100 millions d'euros pour le plus petit GHT à plus de 2 milliards pour le plus grand.

4) Le retour du département

Nous pouvons observer que le découpage des GHT par région est plutôt en réalité, un découpage départemental.

Nous pouvons prendre l'exemple de la région des Pays de la Loire qui réunit 5 GHT qui correspondent aux 5 départements de sa région.

Nous pouvons également prendre l'exemple de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui a quant à elle, choisi un découpage de 6 GHT dans sa région correspondant à ses 6 départements.

Depuis plusieurs années le législateur essaye de vider de sa substance les pouvoirs et obligations du département comme collectivité territoriale.

II. Composition et acteurs d'un GHT

A. La composition d'un GHT

Avec la réforme du 26 janvier 2016, sur la modernisation de notre système de santé, l'Hôpital a vu son système d'organisation changé. En effet, lorsqu'on parle d'acteurs d'un GHT, il faut comprendre les structures juridiques qui peuvent intégrer le groupement hospitalier de territoire. L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016, distingue ainsi:

- les établissements parties
- les établissements supports
- les établissements associés ou partenaires.

Chacun de ces acteurs joue un rôle important dans la vie du GHT.

1) Les établissements parties

Depuis le 1er juillet 2016, chaque établissement public de santé a l'obligation de s'intégrer dans un GHT. Cette intégration se traduit par la signature de la convention constitutive du GHT. Tout établissement public de santé comme: les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers, les établissements de public de santé mental, doit intégrer un GHT.

Ce statut d'établissement partie peut aussi être accordé à des établissements ou des services médicaux sociaux publics, qui représentent 16 400 établissements en France. Ces établissements ou services médicaux sociaux ont pour fonction principale l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées.²³

²³<https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-etablissements-et-les-services-medico-sociaux>.

Une différence est à noter concernant les établissements ou services médicaux sociaux publics par rapport aux établissements parties, c'est que l'adhésion est facultative contrairement aux établissements publics de santé où l'adhésion est obligatoire.

Le projet médical partagé est un élément central dans l'adhésion de l'établissement partie dans le GHT. L'établissement partie doit adhérer à ce projet médical, mais aussi accepter les fonctions qu'il devra déléguer à l'établissement support du GHT.

2) Les établissements associés ou partenaires

La loi a prévu, à côté des établissements parties, la possibilité à d'autres acteurs institutionnels de s'associer ou de devenir partenaire du GHT. Ceci dans le but d'ouvrir le Projet Médical Partagé (**PMP**) du GHT à d'autres établissements qui n'en feraient pas parties du GHT soit parce que ces acteurs font déjà partie d'un autre GHT, ou soit parce que ces acteurs n'ont pas un statut d'établissements publics sanitaires ou médicaux sociaux.

On peut ainsi avoir comme établissements associés ou partenaires à un GHT:

- Les hôpitaux des armées, ayant obtenu en amont l'accord du Ministère de la Défense et du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (**HAD**)
- Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie. Ces établissements peuvent participer à l'élaboration de plusieurs projet Médical Partagé, après l'accord du Directeur Général de l'ARS, dans le cadre des communautés de psychiatriques de territoire qui sont définies à l'article L. 3221-2 du CSP²⁴
- Les établissements de santé privés. Ils peuvent être partenaire d'un GHT. Le partenariat prendra la forme d'une convention de partenariat, ou le projet médical partagé de l'établissement privé s'articulera avec celui du groupement.

²⁴ Légifrance Article L. 3221-2 du CSP modifié par la loi n°2016-041 du 26 janvier 2016 Art 69(V)

- Les centres hospitaliers universitaires. Chaque GHT doit s'associer à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) au titre des activités hospitalo-universitaires qui sont prévus à l'article L. 6132-3 du CSP²⁵. Un CHU peut être à la fois membre d'un GHT et partenaire d'un autre.

Le législateur n'a pas donné de définition qui permettent de distinguer les établissements associés et les établissements partenaires. Il faut noter que chaque collaboration entre un GHT et un établissement associé ou un établissement partenaire prendra la forme d'une convention d'une convention de coopération.

3) Les établissements supports

Les établissements supports sont les établissements chef de fil d'un GHT. Il est désigné comme tel par les établissements parties au sein de la convention constitutive. Le directeur Général de l'établissement support et par conséquent le Directeur du GHT. L'établissement support assure pour le compte des établissements parties au GHT, la responsabilité de la fonction achat. Le législateur a défini cette fonction achat aux articles L. 6132-3 et R. 6132-16 du code de la santé publique. ²⁶

L'article L.6132-3 I./ 3° du Code de la santé publique dispose :

«I. L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : (...) 3° La fonction achats (...)».

En complément, les dispositions réglementaires de l'article R.6132-16 du Code de la santé publique prévoient que :

« I.- L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux

²⁵ Légifrance Article L. 6132-2 du CSP modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 Art 23

²⁶ Légifrance: Articles L. 6132-3 et R. 6132-16 du CSP.

dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics (...))»

4) Les établissements ayant dérogation

Le législateur a prévu à l'article R.6132-7 du code de la santé publique que : « La dérogation prévue au I de l'article [L. 6132-1](#) peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins. »²⁷.

Les établissements de Psychiatrie sont les établissements qui bénéficient de cette dérogation pour les raisons et les facteurs qui viennent d'être évoqués plus haut. Cependant, ces dérogations accordées par le législateur ne sont pas amenées à perdurer dans le temps, comme le dit la Ministre de la Santé: « *les établissements de soins psychiatriques ne peuvent plus rester à l'écart de la réflexion globale de réorganisation de l'offre de soins* »²⁸.

B. Les acteurs du fonctionnement d'un GHT

Les articles L.6132-2 et l'article 1 du décret n°2016-524 relatifs aux groupements hospitaliers de territoire prévoient la présence de plusieurs acteurs nécessaire au bon fonctionnement et pour la prise décision d'un GHT afin de réaliser les objectifs fixé par loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

²⁷ Légifrance Art R. 6132-7 du CSP modifié par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016

²⁸ Réponse de Agnès Buzyn Ministre de la Santé, au député Jean-Paul Lecoq le 18 avril 2018 à l'Assemblée Nationale.

1) Le comité stratégique

a) Rôle

Le comité stratégique doit se prononcer sur la politique de mise en oeuvre de la convention, du projet médical partagé et sur la gestion et le fonctionnement de la mutualisation des fonctions que l'établissement support doit appliquer.

b) Organisation

La composition du comité stratégique est définie à l'article L.6132-2 du code de santé publique²⁹. Le comité stratégique est présidé par le Directeur Général de l'établissement support.

Ce comité est composé notamment des directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement (**CME**), les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (**CSIRMT**) de l'ensemble des établissements parties au groupement. Il est constitué aussi du président du collège médical du groupement ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale³⁰.

c) Missions

Le comité stratégique a pour missions d'élaborer et d'adopter le règlement intérieur du groupement. Il reçoit le bilan annuel de l'activité du groupement, bilan qui est dressé par le médecin responsable du DIM³¹. Il reçoit également les avis émis par la commission médicale de groupement, par la CSIRMT de groupement.

²⁹ Composition des membres du comité stratégique: Légifrance Art L.6132-2 du code de la santé publique

³⁰ Directeur de la formation et de recherche médicale au sein du **CHU**

³¹DIM: Département d'information médicale

2) Le collège médical ou la commission médicale de groupement

a) Rôle

Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement a pour rôle de coordonner la stratégie médicale et d'assurer le suivi de sa mise en oeuvre et son évaluation. Cette instance est prévue par la constitutive de groupement.

b) Organisation

Le président et le vice président sont élus par les praticiens titulaires qui en sont membres. Le collège ou la commission médicale sont composés des présidents des CME, des représentants désignés par les CME, et enfin des représentants des professionnels médicaux.

c) Missions

Le collège ou la commission médicale de groupement ont deux grandes missions principales. Il va donner son avis sur le projet médicale partagé après l'avoir examiné. Cet avis sera envoyé au comité stratégique du groupement. Il émet des propositions pour la nomination du responsable du DIM de territoire et pour les chefs de pôle inter-établissement.

3) La CSIRMT

a) Rôle

Son président est désigné par le Directeur Général de l'établissement support. Il a pour rôle est de coordonner les soins.

b) Organisation

Cette commission est composée des présidents, des représentants de la SCIRMT des établissements parties, et de professionnels du paramédicales des établissements parties au GHT.

c) Missions

La CSIRMT a pour mission principale de coordonner l'offre de soins au mieux au sein de tous les établissements parties. Afin de proposer au patient une offre de soin la plus équitable sur l'ensemble du territoire du GHT.

4) La commission des usagers

a) Rôle

La commission des usagers voit son rôle défini par la convention constitutive du GHT. Chaque établissement de public de santé est doté d'une commission des usagers. C'est elle qui gère notamment tous les litiges avec les usagers dans le suivi des plaintes et réclamations, la politique d'accueil.

b) Organisation

La commission des usagers est présidée par le directeur général de l'établissement support. Les membres de commission peuvent varier d'un GHT à un autre. Les représentants de la commission sont issus d'associations agréées.

c) Missions

La commission des usagers émet des avis qui sont transmis au comité stratégique du GHT et à chacune des commissions des usagers des établissements parties.

5) Le comité territorial des élus locaux

a) Rôle

Le comité territorial des élus locaux a pour rôle principal d'évaluer et de contrôler les actions mises en place par le GHT afin de garantir la qualité et l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire du GHT.

D'autres missions peuvent lui être confiées par la convention constitutive.

b) Organisation

Siègent dans ce comité territorial des élus locaux : Les maires des communes où se situent les établissements adhérant au GHT, des élus des collectivités territoriales, le président du comité stratégique.

Le président du collège médical du groupement et les directeurs des établissements parties au groupement y sont des membres de droit.

6) La conférence territoriale de dialogue social

a) Rôle

La conférence territoriale de dialogue social oeuvre sur les projets de mutualisation. Elle gère la gestion prévisionnelle des emplois, des conditions de travail et la formation au sein du GHT.

b) Organisation

Elle est composée du président du comité stratégique, d'un représentant syndical de chaque organisation dont le nombre est fixé par la convention constitutive du GHT.

Le président du collège médical et le président de la CSIRMT y ont une voix consultative.

CHAPITRE 2

BOULEVERSEMENT DU PROCESSUS ACHAT

La mise en place des GHT a bouleversé le processus achats des hôpitaux. Désormais, il est du ressort de l'établissement support de gérer la fonction achat pour les établissements parties du GHT (I). Nous verrons ce bouleversement plus précisément, à travers l'exemple du GHT Hainaut-Cambrésis (II).

I. La convergence des achats pour l'Établissement support du GHT

L'intérêt des patients et la qualité des soins apportés étant au centre de cette réforme, le projet médical partagé et le projet de soins partagé sont les deux points phares de cette réforme.

A. Les fonctions et activités déléguées à l'établissement support du GHT

1) Les fonctions et activités obligatoirement déléguées

Pour parvenir à réaliser ces deux objectifs, l'établissement support du GHT a acquis de nombreuses fonctions support pour le fonctionnement du GHT et donc des établissements parties au GHT. Ces fonctions sont obligatoirement déléguées à l'établissement support. Dans chaque GHT, un établissement support est nommé. Il a en charge d'assurer pour son propre compte et pour le compte des établissements parties au groupement, des activités et des fonctions qui lui sont dévolues.

Parmi ces fonctions nous pouvons trouver :

- La coordination des instituts et des écoles de formation
- La gestion de l'information médicale de territoire du GHT

- La gestion d'un système d'information hospitalier pour promouvoir la mise en place du dossier patient permettant à tous les établissements parties du GHT de connaître en temps réel les informations sur le dossier patient mis à jour.

2) Les fonctions et activités déléguées de façon facultative

L'établissement support peut diriger, si les établissements parties le souhaitent, la logistique, certaines activités administratives et techniques.

Il peut aussi organiser des équipes médicales communes et avoir la gestion de pôles inter-établissements. Les activités de bio-médical et d'imagerie médicale peuvent être réunies dans un pôle commun à tous les établissements. L'article L.6132-3 vient exposer les activités qui peuvent être confiées à titre facultatif à l'établissement support³².

³² Légifrance article L.6132-3 II du CSP :

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

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

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

3° La fonction achats ;

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

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

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

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

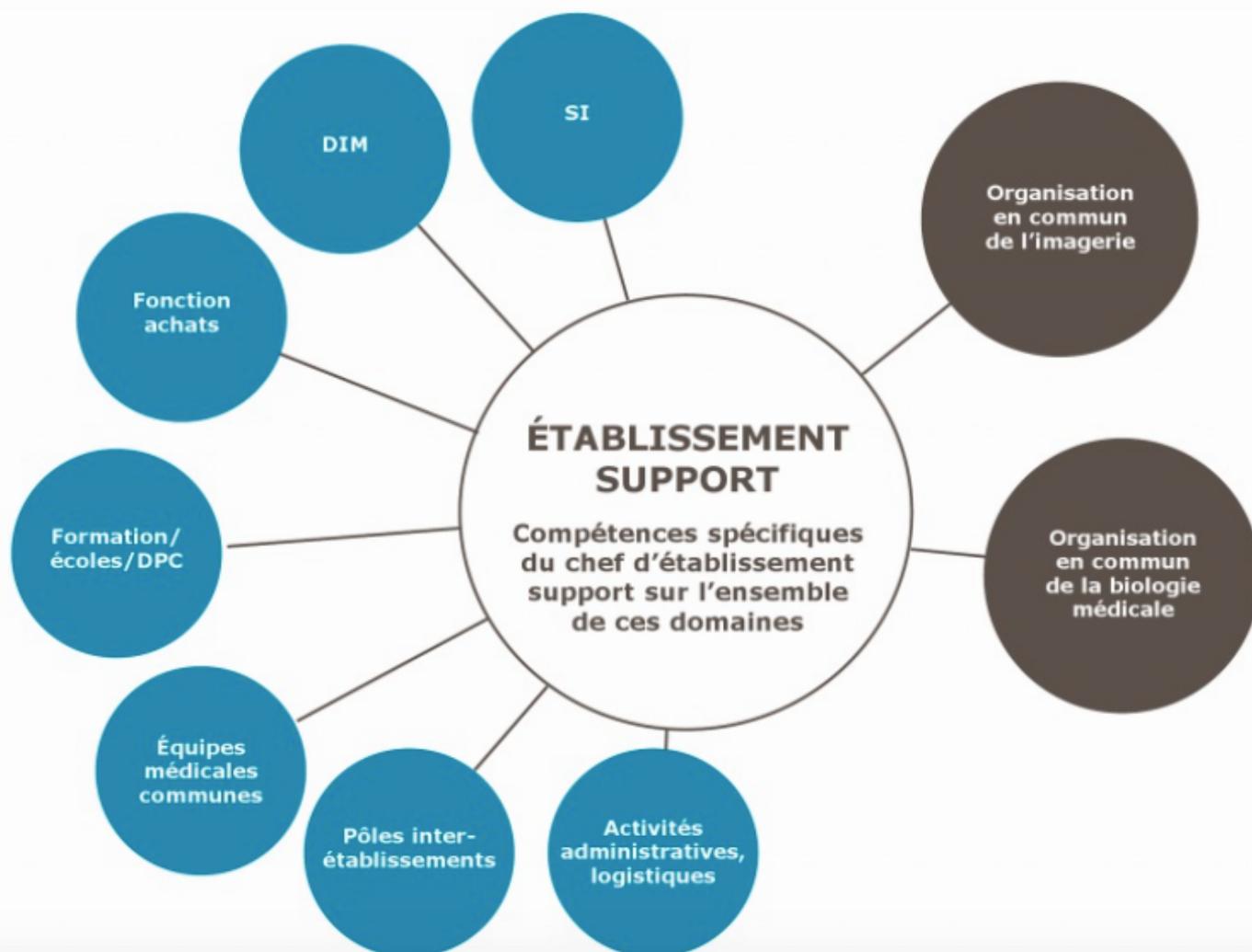
1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

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

3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

4° Les missions de référence et de recours.

Le chef d'établissement support du GHT : des compétences spécifiques pour piloter le GHT



B. L'organisation de la fonction achat du GHT

1) Les apports de la réforme

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, a dans l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 correspondant aux GHT, a inséré l'article D.6132-16 sur les missions de la fonction achat déléguée à l'établissement support du GHT³³.

Les différentes missions de la fonction achat y sont énumérées. La fonction achat a pour prérogatives, l'élaboration des politiques d'achat en exploitation et en investissement sur l'ensemble des domaines d'achat. Elle doit également planifier et passer les marchés ainsi que veiller au respect de la gestion des achats. Enfin, elle est en charge de l'approvisionnement hormis l'approvisionnement pharmaceutique.

2) La mutualisation des achats

L'un des objectifs principales de la mise en place de la réforme de 2016 est aussi principalement de réaliser des économies. L'un des points de dépenses les plus importants dans un Hôpital après le traitement des salaires, et la fourniture de matériels et l'investissement.

Pour arriver à réaliser d'importantes économies, le GHT a confié à l'établissement support, la gestion de la fonction Achat. Les établissements parties restent autonomes pour les marchés

³³ Légifrance : Article D.6132-16 du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 L'article dispose que : « *La fonction achats comprend les missions suivantes :*

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

2° La planification et la passation des marchés ;

3° Le contrôle de gestion des achats ;

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

d'un montant inférieur à 25 000 € HT. Passé ce seuil, les marchés des différents établissements parties doivent être gérés par la fonction achat de l'établissement support.

Cette obligation de passation de marché, permet au GHT de réunir au sein d'un seul marché les besoins de tous les établissements parties. Ce mécanisme d'achat permet de réaliser des économies des échelles. En effet, plus le besoin collectif du GHT est important, plus la commande envers l'opérateur économique sera importante. Le fournisseur sera donc plus enclin à proposer un prix avantageux.

Le GHT peut pour réaliser ces économies à la possibilité de consulter différents acteurs économiques comme les centrales d'achats (**UGAP, UNIHA, GCS PHARMA**)³⁴, en passant des accords-cadres et des marchés subséquents.

Le GHT a aussi la possibilité de passer des marchés publics par le biais des différents marchés qui lui sont mis à sa disposition avec l'ordonnance du 23 juillet 2015 n° 2015-899 relative aux marchés publics, avec le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif également aux marchés publics.

³⁴ Centrales d'achats du secteur hospitalier.

II. L'exemple du GHT Hainaut-Cambrésis

A. Présentation du GHT Hainaut-Cambrésis³⁵

1) Les établissements

Le GHT du Hainaut-Cambrésis s'est formé le 11 juillet 2016 par la signature de sa convention constitutive. Ce GHT comporte 12 établissements : Le Centre Hospitalier de Cambrai, le Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis, le Centre Hospitalier de Denain, Le Centre Hospitalier de Fourmies, le Centre Hospitalier d'Haumont, le Centre Hospitalier de Jeumont, le Centre Hospitalier de Le Quesnoy, le Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes (Avesnes-sur-Helpe) , le Centre Hospitalier de Saint -Amand-les-Eaux, le Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois (Maubeuge), le Centre Hospitalier de Valenciennes, l'Hôpital Départemental de Felleries-Liessies.

2) En quelques chiffres

Ce GHT situé dans les Hauts-de-France, couvre un bassin de population de 750 000 habitants.

Ce GHT a une capacité d'accueil de 3000 lits, il embauche près de 12 000 professionnels (11 200 non médicaux, 980 médicaux).

Il avait en 2016 un budget de fonctionnement s'élevant à plus de 950 millions d'euros.

Le GHT du Hainaut-Cambrésis a identifié 14 orientations stratégiques dans son projet médical partagé. A savoir : La biologie, la pharmacie, la psychiatrie, la cancérologie, les soins de suite et de réadaptation, l'anesthésie, la chirurgie, les urgences, les soins spécialisés, la filière gériatrique, un axe qualité, la gynécologie obstétrique, l'imagerie et enfin une

³⁵ Confère annexe convention constitutive du GHT Hainaut-Cambrésis

collaboration avec le CHRU de Lille sur les soins complexes et les innovations diagnostiques et thérapeutiques³⁶.

B. La fonction achat du GHT du Hainaut-Cambrésis

1) Les objectifs

Avant la réforme de 2016, chaque établissement public de santé gérait de manière autonome sa fonction achat. Avec la mise en place des GHT, cette mission a été confiée à l'établissement support du GHT. Un travail en étroite collaboration a dû être mis en place entre tous les établissements parties au GHT pour pouvoir définir et établir la meilleure politique achat possible.

Pour cela, chaque établissement partie doit remonter à l'établissement support, ses besoins. Ce dernier va lancer un seul marché au nom de tous les établissements. L'objectif premier étant de réaliser d'importantes économies du fait de commandes groupées ayant ainsi un poids plus important sur les fournisseurs.

Le processus achat permet aux établissements du GHT d'acquérir des produits et ou des prestations et de gérer la relation avec les fournisseurs et prestataires, afin de garantir la satisfaction des clients internes et des patients. Cette procédure décrit les différentes étapes de l'achat et ses tâches associées, depuis l'émission de besoin validé jusqu'à la mise à disposition du produit et/ou prestation au sein de l'établissement.

Cette procédure est formulée pour :

- Harmoniser les pratiques des acteurs internes de l'achat
- Guider les acteurs de l'achat dans les tâches qui leur incombent
- Optimiser l'achat et garantir la satisfaction des clients internes et des patients.

³⁶ Communiqué de presse du Centre Hospitalier de Valenciennes du 13 juillet 2016

2) Domaine d'application

Cette procédure s'applique à tous les achats destinés aux établissements que ce soient des fournitures, des services, des prestations ou des travaux. La procédure « procédure générale d'achat » concerne tous les acteurs du processus achats intervenant dans la mise en œuvre de ressources provenant de fournisseurs externes aux CH du GHT du Hainaut-Cambrésis. La procédure est applicable pour des achats destinés à tous les projets y compris ceux qui sont partagés avec des partenaires externes qu'ils soient issus du monde public ou privé.

3) Les différents acteurs et leurs rôles

Au sein de la fonction achat, une même personne peut avoir plusieurs rôles. Tous les acteurs ne sont pas regroupés au sein de l'établissement support. Ils sont répartis sur tout le territoire du GHT.

a) Le Directeur des Achats

Le Directeur des Achats dirige la fonction achat du territoire. Il a pour prérogative d'animer le comité de coordination Achat GHT. De plus, il propose et met en œuvre la politique achat GHT qui sera proposée au Comité Stratégique GHT. Il coordonne également le travail des départements achats et valide avec les membres du comité de coordination achat, les stratégies générales achats des départements. Il doit en outre, présenter un rapport annuel au Comité Stratégique (**COSTRAT**).

b) Le Responsable de Département Achat

Le Responsable du Département Achat pilote les achats d'une ou plusieurs filières de biens ou de services en étant toujours en adéquation avec la politique achat du GHT. Il doit tout d'abord valider les stratégies d'achats marchés des acheteurs segments spécialisés et encadre une équipe d'acheteurs spécialisés dans des domaines précis. Il veille ensuite à la

prise en compte des spécificités de chaque établissement partie en liaison avec les référents achat de chaque établissement. En outre, il pilote la performance achats du département. Il anime également les groupes de travail du département et propose la constitution des groupes de travail département les groupements de commandes par segment/procédure. Il propose aussi au Directeur Achat et au comité de coordination Achat la stratégie générale achat de son département et le planning des procédures.

c) Le Référent Achat

Le Référent Achat a pour mission de participer à la politique achat du GHT en lien avec le Directeur des achats du GHT. Tout d'abord, il valide la participation de son établissement au projet achat et aux stratégies achats définies au niveau du GHT. Ensuite, il veille à l'expression préliminaire des besoins par l'établissement partie en amont de la passation des marchés. Lors de la passation des marchés, il est amené à piloter avec le ou les acheteurs généralistes concernés, l'instruction des marchés délégués à son établissement partie. Il doit également assurer la bonne mise en oeuvre des orientations stratégiques définies par le GHT, au niveau de son établissement partie.

d) L'acheteur segment spécialisé

Il a pour rôle d'analyser les besoins du marché fournisseur. Il doit définir des stratégies d'achat par segments et marchés dans le cadre des objectifs qui sont fixés en adéquation avec la politique achat GHT et la stratégie générale achat de son département. L'acheteur segment peut être aussi amené à coordonner les mises en concurrence des marchés en lien avec les membres du groupe de projet achat (les juristes rédacteurs, les experts et les prescripteurs). Aussi, il est amené à évaluer et mettre en concurrence ses fournisseurs pour réduire les coûts.

e) L'acheteur généraliste

L'acheteur généraliste a un périmètre d'achat délégué aux établissements parties. L'acheteur généraliste analyse les besoins et les marchés fournisseurs. Il réalise en amont, des consultations simples auprès d'entreprises puis sélectionne les fournisseurs. L'acheteur généraliste a un périmètre d'achat délégué par les établissements parties lui permettant de lancer des marchés ou d'adhérer à des centrales d'achat nationales ou dans des groupements spécialisés d'achats. Il essaye de réduire les coûts liés aux achats dans un but d'économie et d'efficience.

f) Le Contrôleur de Gestion Achat

Le Contrôleur de Gestion Achat a pour mission de recueillir et de consolider les données que les différents acheteurs réalisent (Seuils et dépenses des marchés). Il a pour mission de calculer et d'analyser les indicateurs de performance de l'achat. Il doit aussi analyser les écarts entre les objectifs de performance et les budgets et les résultats. Il réalise des extractions informatiques pour informer les différents acheteurs dans le pilotage et le contrôle de leurs activités.

g) Le Juriste Rédacteur Marchés

Le Juriste Rédacteur Marché conçoit les contrats publics et les dossiers de consultation des entreprises (**DCE**) en lien avec les acheteurs qui lui auront fourni préalablement le Cahier des Charges Technique (**CCTP**). Il rédige aussi le Cahier des Charges Administratives Particulières (**CCAP**) lorsque le marché le nécessite. Le juriste au sein de la cellule achat du GTH, conseille également les acheteurs, les pôles et les établissements quant aux choix des procédures et à l'évaluation des risques juridiques. Il gère la partie administrative et financière du marché en étroite collaboration avec les services concernés. Enfin, il fait un suivi de la vie des marchés publics.

La réforme de modernisation de notre système de santé, mise en place en 2016 par le gouvernement, a modifié le paysage du secteur de la santé.

Que ce soit dans son organisation ou dans son fonctionnement.

Nous pouvons raisonnablement nous demander quel est la responsabilité juridique des contrats passés par l'établissement support du GHT.

PARTIE 2

Partie 2

QUALIFICATION ET RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DE LA MISSION CONFIEE A UN GHT

L'établissement support du GHT agissant pour le compte des établissements parties occupe plusieurs fonctions qui lui sont confiées par la convention constitutive. Ses fonctions doivent être mises en oeuvre dans le restant de la commande publique (Chapitre 1). Nous verrons que cette mission passe par le maintien des grands principes du service public hospitalier (Chapitre 2).

Chapitre 1

Le GHT au regard de la commande publique

La mission confiée à l'établissement support nécessite des délégations et des pouvoirs au profit de l'établissement support (I), pour pouvoir administrer les différents marchés passés par le GHT (II).

I. Délégations et pouvoirs

A. Les différentes délégations

1) L'imprécision du décret sur les conditions de délégation

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 a pour objectif de préciser les règles d'élaboration de la convention constitutive, ainsi que les fonctions et activités de l'établissement support agissant pour les établissements parties du GHT.

La convention constitutive doit être formée en deux parties. La première portant sur le projet médical partagé et la seconde sur le fonctionnement du GHT et son organisation. La convention constitutive doit ainsi fixer les compétences déléguées de l'établissement support et ses durées. De plus, elle doit déterminer les objectifs et les moyens de contrôle des établissements parties sur l'établissement support, et ce aux vues de l'article L.6132-2 DU CSP³⁷

Le décret ne fait donc pas référence aux conditions de délégations, ce qui fait laisser planer des interrogations sur la mise en place du dispositif.

2) La délégation de pouvoir

Le législateur n'a pas donné de définition précise de la délégation de pouvoir. Cette dernière a été définie par la doctrine et par la jurisprudence. On peut ainsi définir la notion de délégation de pouvoir comme étant une délégation impersonnelle. Elle ne vise pas la personne mais la fonction. Tant que la délégation de pouvoir, n'est pas abrogée, le délégant ne pourra pas exercer son pouvoir.

De ce fait, le délégant ne pourra être poursuivi, pour des actes que le délégataire aurait commis.

³⁷ Extrait de l'article L.6132-2 5° modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018: «5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

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

b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement et, lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement hospitalier de territoire, les personnels occupant des fonctions équivalentes à celles mentionnées pour les représentants des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

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

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

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

Cependant, il est à noter que la délégation de pouvoir, n'est pas autorisée dans le secteur hospitalier. Le législateur est venu rappeler cette interdiction dans aux articles D.6143-33³⁸ du CSP et dans l'article R. 6132-21-1 du CSP³⁹.

3) La délégation de signature

Contrairement à la délégation de pouvoir, la délégation de signature, elle est attachée à la personne et non à la fonction. La délégation de signature est un moyen d'organisation. En, effet, le délégataire ne peut exercer aucune compétence à la place du délégué, car tous les actes que le délégataire signera seront pour le compte du délégué.

Ainsi, la responsabilité concernant les actes signés par délégation de signature reste à la chargé du délégataire.

4) Les modalités de la délégation

Seul le Directeur Général de l'ES, peut prendre un arrêté portant sur la délégation de signature. La délégation de signature n'a de valeur que sur les domaines de compétences dont le Directeur Général dispose. Il faut rappeler que la délégation de pouvoir ne peut porter sur l'ensemble des compétences dont dispose le Directeur Général

Le GHT n'ayant pas la personnalité morale, il est impossible de déléguer une compétence pour le compte GHT.

Cette délégation peut être attribuée à tous personnel ayant un lien de subordination avec le Directeur Général de l'ES.

³⁸ Légifrance extrait de l'article D.6143-33 du CSP : «le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature. »

³⁹ Légifrance extrait de l'article R.6132-21-1 du CSP: «Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3. »

B. Les relations contractuelles modifiées suite à la mise en place des GHT

L'établissement support du GHT à la mission d'assurer pour le compte des autres établissements du GHT la fonction. Pour pouvoir réaliser cette fonction achat pour le compte de tous les établissements parties, plusieurs possibilités s'offre à l'établissement support. ⁴⁰

1) Le transfert des marchés en cours d'exécution

Le transfert d'un marché en cours de l'établissement partie à l'établissement support nécessite obligatoirement l'accord du titulaire du marché. ⁴¹

Le transfert de tous les marchés de l'établissement partie vers l'établissement support revêt un intérêt certain que pour les marchés d'AMO⁴². En effet, la formation de marchés d'AMO à lieu le plus généralement pour aider le pouvoir adjudicateur dans l'élaboration et ou la passation de marché. L'établissement support ayant désormais la mission de la fonction achat pour le compte du GHT.

Une collaboration étroite entre l'établissement partie et l'établissement support doit être nécessaire pour pouvoir mener à terme le projet.

2) La formation d'avenants aux contrats

L'avenant a pour but de modifier les conditions ou les modalités d'engagement du contrat ou de la convention qui a été conclu entre deux parties. Pour cela, il faut l'accord et le consentement des deux parties.

Dans le but de la convergence des marchés vers l'établissement support, la rédaction d'avenant de prolongation semble être une option pratique, à la fois pour l'établissement support et pour l'établissement partie.

⁴⁰Guide Méthodologique – La Fonction achat des GHT, page 31 sur 162

⁴¹ Guide Méthodologique – La Fonction achat des GHT, page 76 sur 162

⁴² Assistance à maîtrise d'ouvrage

La commande publique vient encadrer l'usage de l'avenant dans les marchés publics. En effet le recours à l'avenant peut être employé dans les cas où des prestations supplémentaires sont rajoutées, lorsque des circonstances imprévues rendent nécessaire la modification du marché. Mais le recours à l'avenant de prolongation sur une trop longue période ne pourrait être apprécié aux regards du droit de la commande publique et pourrait être déclaré d'irrégulier.

En effet, si le pouvoir adjudicateur signe avec le titulaire du marché trop d'avenant de prolongation, cela pourrait être vu comme une modification substantielle du contrat, modifiant l'équilibre économique du contrat en faveur du titulaire du marché.

Pour les marchés qui ont été notifiés avant la réforme de 2016 sur les marchés publics, un dépassement du prix total du marché de plus de 20 % se verra automatiquement comme modification substantielle de l'économie du contrat. Pour les marchés conclus après la réforme de 2016, une distinction a eu lieu qu'il s'agisse soit de marché de travaux ou de marché de fourniture ou service. Ici, le législateur a modifié la part du montant total du marché à la baisse pour qualifier une modification substantielle de l'économie du contrat. Ainsi, pour les marchés publics de travaux sera accordé une augmentation maximale de 15 %, concernant les marchés publics de fourniture et de service sera accordé une augmentation maximale de 10 %.

3) La résiliation des marchés en cours

Dernière option qui s'offre à l'établissement support qui est en charge de la fonction achat, c'est la résiliation du contrat entre l'établissement partie et l'opérateur économique titulaire du marché.

La résiliation du contrat est la plus onéreuse. En effet, le fait de résilier le contrat pour motif d'intérêt général, va entraîner le versement de dommages et intérêts conséquents. Ce qui n'est pas dans la logique de la réforme de la loi de modernisation de notre système de santé. L'objectif étant inverse réaliser des économies par la formation des GHT.

II. LES DIFFÉRENTS MARCHÉS PASSÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT

A. Concertation et élaboration

1) Principe

Chaque établissement partie d'un GHT doit fournir au moins tous les trois mois aux responsables de départements achats, au Directeur achats GHT et au Responsable de la cellule des marchés GHT son besoin prévisionnel et/ou marchés à couvrir impérativement dans les douze mois à venir au travers d'un calendrier des marchés à (re)lancer pour son établissement. Le contrôle d'opportunité est réalisé selon les processus interne existants de chaque établissement partie. L'établissement support ne réalisera pas de contrôle d'opportunité. L'établissement support part du principe que le référent achat de chaque établissement partie sera le garant du respect du contrôle interne d'opportunité sur son propre établissement partie. Le référent achat de l'établissement partie devra donc être particulièrement vigilant sur les marchés que le GHT va lancer, pour pouvoir bénéficier de l'effet de masse du groupement est donc réaliser d'importantes économies.

2) L'étude du besoin

Cette phase permet de définir le juste besoin pour une famille d'achat et de l'objectiver. Un utilisateur va émettre un besoin auprès d'un prescripteur, qui fera remonter le besoin. Toutes les activités de définition de besoin sont de la responsabilité du prescripteur de chaque établissement qui peut se faire assister d'acteurs internes ou externes. Le prescripteur doit se mettre en relation avec le service achat de son établissement afin de remonter son besoin. Le service achat de l'établissement partie va analyser si le besoin remonté par le prescripteur rentre dans le cadre d'un achat qui peut lui être délégué en terme de pilotage achat.

3) Les achats délégués aux établissements parties

Si nous sommes dans le cadre d'une consultation simple autorisée :

Dans ce cas les processus achat interne existants dans chaque établissement s'appliquent.

Si l'établissement partie souhaite faire appel à un groupement de commande/centrale d'achat régional ou national (UGAP/RESAH/UNIHA/GCS GRAM/GCS Pharma Hauts De France...)⁴³, c'est l'acheteur généraliste de l'établissement partie qui va piloter la contractualisation pour son EP :

- Pour un projet d'achat qui est inférieur à 25 000 €. Il n'y a pas d'obligation de réaliser une concertation et validation de la bonne démarche achats auprès de l'acheteur segment spécialisé.
- Pour un projet d'achat qui est supérieur à 25 000 €. Il y a une obligation de réaliser d'une concertation et d'une validation de la bonne démarche achats auprès de l'acheteur segment spécialisé au travers de la remontée d'une fiche d'expression d'un besoin.

Si le projet d'achats de l'EP est entre 25 000 € et 50 000 €:

L'acheteur généraliste doit remonter une fiche d'expression de son besoin à l'acheteur segment spécialisé afin de savoir si son besoin fera l'objet ou pas d'une procédure marché uniquement pour son établissement. Si c'est le cas c'est l'acheteur généraliste l'établissement partie qui pilotera la procédure. Il peut s'agir aussi d'une procédure à lancer par l'acheteur segment spécialisé avec d'autres établissements du GHT.

Il faut porter une grande attention sur le fait de savoir si le délai de démarrage d'un nouveau marché exprimé par un établissement partie dans sa fiche d'évaluation du besoin est court. Dans ce cas, il pourrait être décidé par l'acheteur segment spécialisé de déléguer à l'acheteur

⁴³ Centrales d'achats publics

généraliste de l'établissement partie, le fait de lancer une procédure uniquement pour cet établissement partie en passant par la cellule des marchés de l'établissement support.

S'il s'agit des périmètres achats travaux d'infrastructures et immobilier ou des dispositifs médicaux implantables (**DMI**) de l'établissement partie :

C'est un acheteur généraliste de cet établissement partie qui devra piloter la procédure marché et remettre une fiche de lancement (**FDL**) marché avec un cahier des charges CdC.

Dans les quatre cas de figure que nous venons de voir, c'est l'agent délégataire de l'établissement partie de la signature du chef de l'établissement support qui pourrait signer les actes juridiques dans les cas ci-dessus dès que c'est une contractualisation afférente uniquement à son établissement partie. Pour l'UGAP⁴⁴, l'établissement support ayant signé une lettre d'engagement de signature d'une convention avec l'UGAP, c'est les délégations de signatures des établissements qui s'appliquent.

Si c'est une procédure à lancer uniquement pour l'établissement partie⁴⁵, c'est un acheteur généraliste de cet établissement partie qui devra piloter la procédure marché et constituer un Groupe Projet Achats (**GPA**)⁴⁶.

Ce GPA sera constitué uniquement de personnes de l'établissement partie concerné sauf que le rédacteur/juriste sera une personne de la cellule des marchés de l'établissement support.

La procédure marché à lancer devra forcément passer via la cellule des marchés de l'établissement support avec la remise par l'acheteur généraliste d'une fiche de lancement marché et d'un cahier des charges.

⁴⁴ UGAP: Union des Groupements d'Achat Public: Centrale d'achat.

⁴⁵(DMI, travaux, entre 25Ke et 50Ke)

⁴⁶ GPA: Groupe de projet d'achat

4) Les achats non délégués aux établissements parties en terme de pilotage achats.

Trois types de situations peuvent être envisageable concernant les achats non délégués aux établissements parties.

Le premier type de projet est le projet d'achats spécifique à l'établissement support qui fera l'objet d'une procédure lancée uniquement pour l'établissement support.

Le deuxième type de projet est le projet d'achats d'un établissement partie qui serait inférieur à cinquante mille euros. Dans ce cas, le projet fera l'objet d'une procédure lancée uniquement pour cet établissement partie.

Une procédure lancée pour plusieurs établissements du GHT HC

Enfin, le dernier type de projet a lieu dans le cas où le pilotage achat n'est pas délégué à l'acheteur généraliste de l'établissement partie. L'établissement partie devra tout de même remonter ses besoins à l'acheteur segment spécialisé concerné en mettant en indiquant le référent achat de son établissement, le responsable de département achat concerné et le directeur achat GHT, via une fiche d'expression d'un besoin nécessitant le lancement d'une procédure marché.

B. L'exécution des marchés

1) La création du marché

Lorsqu'un besoin nécessite le lancement d'un marché, l'acheteur pilote en question (acheteur généraliste ou segment spécialisé) doit mettre en place dès la phase de définition du besoin un GPA indiquant les acteurs concernés, le pôle concerné.

L'acheteur pilote du GPA doit interroger les référents achats afin de savoir qui souhaite rejoindre la nouvelle procédure à lancer en « groupement de commande » et si un établissement souhaite faire partie du GPA.

L'acheteur segment spécialisé ne pourra pas interdire à un établissement partie souhaitant rejoindre un groupement de commande d'être dans le GPA dès sa constitution au démarrage d'un projet.

Afin d'être efficace et pratique un GPA doit être composé si possible d'un nombre restreint de personnes qui doivent s'assurer de couvrir l'ensemble des besoins des adhérents au marché.

L'acheteur en étroite collaboration avec le prescripteur initiera une réflexion sur les caractéristiques du besoin pour éviter les « sur ou sous spécifications » dans une logique de coût complet.

Pour atteindre un objectif de convergence des marchés GHT, l'acheteur segment spécialisé pourra être amené à discuter avec les demandeurs sur le juste besoin fonctionnel. Il est donc possible, dans un souci de convergence des marchés GHT, d'adapter les spécifications des besoins d'un ou plusieurs établissements partie avec leurs accords avant publication d'un marché. Si un accord n'est pas trouvé, un marché ou un lot spécifique pour un établissement partie pourrait être réalisé.

2) Le suivi du marché

L'exécution d'un marché (gestion commande, réception, facture,...) est de la responsabilité de chaque établissement faisant appel à ce marché.

Les avenants des marchés des établissements parties notifiés sont gérés par la cellule marché de l'établissement support. En fonction de l'état d'avancement des projets, l'évolution des besoins,... il peut être exprimé à la cellule des marchés de l'établissement support par les utilisateurs et membres du GPA la nécessité de réaliser un avenant sur un contrat.

La cellule des marchés réceptionne les demandes d'augmentation des prix et analyse si cette demande est juridiquement conforme. Suite à cette analyse l'acheteur GPA devra confirmer si l'on suit l'avis juridique d'application ou de rejet de la demande d'augmentation des prix. S'il y a une négociation à mener, c'est l'acheteur pilote accompagné d'un juriste de la cellule marché de l'établissement support qui réaliseront la négociation.

Les reconductions des marchés sont tacites. C'est l'acheteur du GPA qui est responsable de l'envoi des courriers de non reconduction des marchés ou de prolongation des marchés avant les dates butoirs en lien avec la cellule juridique de l'établissement support. C'est la cellule des marchés de l'établissement support qui doit communiquer aux fournisseurs les courriers de non reconduction des marchés sous consigne de l'acheteur GPA.

La cellule des marchés de l'établissement support réalise l'enregistrement des déclarations de sous-traitance avec l'accord préalable de l'acheteur GPA et assure l'actualisation des déclarations des fournisseurs.

3) La gestion des litiges

Les relations contractuelles avec les fournisseurs et un établissement public de santé , peuvent parfois amener à litiges contractuel. Dès constatation d'une non-conformité avec le fournisseur, le service achat de l'établissement ayant constaté cette non-conformité doit informer le fournisseur et demander une action corrective. L'acheteur segment spécialisé ainsi que, le responsable de département achat et le directeur achats GHT doivent être mis au courant de la situation contractuel litigieuse, pour pouvoir en assurer un suivi.

L'acheteur segment spécialisé devra échanger avec les établissements concernés par ce marché afin de vérifier si les autres établissements sont concernés et afin de tenir informé les établissements sur le plan d'actions fournisseur.

En cas d'anomalie contraire aux éléments déterminés dans le contrat et en accord avec l'acheteur du GPA il pourra être décidé de déclencher l'application des pénalités qui sont prévues dans le cahier des clauses administratives particulières (C.C.A.P).

Chapitre 2 Le maintien des grands principes du Service Public Hospitalier

Le maintien et la valorisation des principes du service public hospitalier ont été remis en lumière par la réforme de 2016 (I). Cependant, le bilan de la mise en application du GHT reste contrasté (II).

I. Le maintien et la valorisation des principes du SPH

A. Le principe de continuité

1) Contexte

Le service public hospitalier (SPH) a parfois été remis en cause par le législateur, voire même supprimé. La loi du 21 juillet 2009 HPST avait supprimé la notion de SPH. Mais devant le mécontentement des professionnelles et des représentants syndicaux du domaine de la santé, deux rapports ont été rendu en 2013 et en 2014⁴⁷ définissant le SPH comme ouvert à tous les établissements de santé qu'ils soient public ou privé, devant répondre à un bloc d'obligations.

L'un des deux principes du SPH est le principe de continuité. En effet, la continuité du SPH est l'un des fondements même du Service Public français. L'hôpital a pour obligation d'être toujours disponible à l'usager de jour comme de nuit, et ce n'importe où sur le territoire, pour offrir un accès aux soins. Cette obligation de continuité nécessite un effort important en terme d'organisation. Ainsi, nous pouvons remarquer que le droit de grève au

⁴⁷ Cf l'introduction pour retrouver les deux rapports

sein de l'hôpital est limité par la mise en place d'un service minimum pour les agents de la fonction publique hospitalière.⁴⁸

2) Le GHT: l'exemple du principe de continuité du SPH

La mise en place des GHT vient renforcer le principe de continuité du Service Public et donc celui du SPH, en offrant un meilleur accès aux soins et une permanence des soins sur le territoire.

Cette continuité de l'offre et de l'accès aux soins est l'un des points importants dans la constitution du PMP. Le but étant de coordonner tous les établissements du GHT pour pouvoir proposer toujours un accès au public, et pouvoir graduer l'offre de soins selon les besoins.

B. Le principe de mutabilité

1) Contexte

Le principe de mutabilité est l'une des lois du Service Public. Il a été pour la première fois évoqué dans un arrêt du Conseil d'Etat datant du 10 janvier 1902 dans l'arrêt « *Compagnie Nouvelle du gaz de Dévilles les Rouens* ». Ce principe a comme fondement le fait que la personne publique qui assure une mission de Service Public peut avoir la possibilité de modifier la mission de Service Public pour des raisons d'évolution. Cette modification entraînant obligatoirement le versement d'une indemnisation pour le préjudice subit.

⁴⁸ Article R. 4127-47 CSP: «Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Le secteur hospitalier est obligé constamment de répondre à ce principe de mutabilité. L'Hôpital doit s'adapter aux besoins et aux demandes des usagers sur le territoire. Il est désormais fréquent d'entendre qu'une maternité ferme pour des raisons de fonctionnement, car le nombre des accouchements a diminué.

L'hôpital doit satisfaire les besoins des usagers et de l'intérêt général. C'est pourquoi des réorganisations de services ou d'établissements sont nécessaires pour pouvoir répondre au SPH.

2) Le principe de mutabilité et le GHT

Le législateur en 2016 en promulguant la loi de modernisation de notre système de santé a la volonté d'améliorer notre système de santé. Le principe de mutabilité a été l'un des outils qui a permis de réaliser cette modernisation. Le GHT avec son PMP essaye au quotidien de fournir la meilleure offre, et le meilleur accès aux soins sur le territoire national.

L'hôpital public a dû réaliser cet effort nécessaire, pour pouvoir rattraper le secteur privé qui depuis déjà plusieurs années avait pris conscience de cette obligation.

Les GHT doivent en plus d'offrir la meilleure offre et le meilleur accès aux soins, essayer de spécialiser les établissements dans des domaines de santé. Ceci, dans le but de faire disparaître les déserts médicaux que la France peut connaître encore actuellement sur son territoire.

II. Bilan de la mise en application du GHT

A) Un bilan contrasté pour les professionnels

La réforme ambitieuse qui a été mise en place par le gouvernement pour moderniser notre système de santé, a considérablement modifiée notre système de santé structurellement.

Après la mise en application de la réforme des GHT en France en 2016, il est possible de tirer un bilan, sur les modifications qu'a pu subir le paysage hospitalier français.

Si dans la grande majorité, la mise en place des GHT dans les régions s'est bien passé, cette mise en place ne s'est pas faite naturellement, pour tous les acteurs.

En effet certains établissements parties de GHT, pensent voir dans cette réforme, une perte de compétences et de pouvoir, au profit de l'établissement support.

Pour d'autres, le travail en collaboration avec les différentes ARS au quotidien, n'est plus pour certains acteurs hospitaliers nécessaire. Elle devient une entrave dans le fonctionnement, et la collaboration des GHT.

Il y a aussi une crainte qu'une concurrence s'installe entre les différents GHT d'une même région. Il ne faut pas à l'esprit

B) Des améliorations à prévoir

Pour permettre une meilleure gestion des GHT, pour pouvoir réaliser les objectifs qui ont été fixés par la loi, il faudrait que tous les acteurs qui font vivre et fonctionner cette infrastructure, qui est souvent le poumon économique d'une région, travaillent main dans la main. Il faut faire tomber les réticences que certains acteurs peuvent rencontrer. Le dialogue et la concertation doivent encore être renforcés, pour qu'aucun acteur de l'Hôpital ne se sent mis à l'écart.

Le gouvernement par la voie de son Premier Ministre a annoncé fin août 2018, que les tarifs des soins hospitaliers allaient être revus à la baisse. Pour permettre à tous de pouvoir se soigner. Cette baisse annoncée des tarifs hospitaliers rend les acteurs du secteur hospitalier et de la santé perplexes. Notamment, du fait que la demande de soins sur le territoire est en constante augmentation, s'expliquant par la hausse de la natalité dans notre pays, mais aussi et surtout par l'allongement de la durée de vie qui est en constante augmentation.

Il ne faut pas perdre à l'esprit que la mise en place des GHT a été initiée dans le but d'améliorer l'offre de soins et l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Le patient restant l'acteur principal dans l'Hôpital.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAP : Cahier des Clauses Administratives Particulières

CCTP: Cahier des Clauses Techniques Particulières

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique

COSTRAT : Commission Stratégique

DCE: Dossier de Consultation des Entreprises

EP : Etablissement Partie

EPS: Etablissement Public de Santé

ES : Etablissement Support

ESPIC: Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ESPH : Etablissement de Santé Privé Hospitalier

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD: Hospitalisation A Domicile

PMP: Projet Médical Partagé

RTT: Réduction de Temps de Travail

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCETTA Henda, Quelles solutions à mettre en oeuvre pour les GHT ? , Article de presse, 21 avril 2017.
- CALVEZ Catherine, Les réformes de santé en France, 22 février 2016.
- CARLIER Daniel, Du cycle de soins au cycle de vie avec le GHT du Hainaut-Cambrésis, interview de Rodolphe BOURRET, directeur général du GHT-HC, 02 novembre 2017.
- Cabinet HOUDART et Associés, Etude Groupements Hospitaliers de Territoire et responsabilités, 5 décembre 2016.
- HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015.
- HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission, février 2016.
- SAFON Marie, La loi de modernisation de notre système de santé, synthèse documentaire, octobre 2017.
- VARENE Charles, La recomposition territoriale de l'offre de soins et la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, Mémoire, 2016.

- Agence Régionale de Santé, la mise en place des GHT, 2016, fiche 34
- Centre Hospitalier de Valenciennes, Communiqué de presse : signature du projet médical partagé, 5 juillet 2017
- DGOS : Carte des GHT, 2017
- DGOS : Guide méthodologique de la fonction achat des GHT, 1er juillet 2017
- Loi de modernisation de notre système de santé, 2016, Article 107

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
PARTIE 1	15
MODALITE DE MISE EN PLACE D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	15
Chapitre 1	15
Le GHT : Une réforme managériale et structurelle	15
I. Une réforme nationale à visée locale	15
A. La constitution d'un GHT et ses conséquences	15
1) La consultation préalable	15
2) L'accord des Agences Régionales de Santé (ARS)	16
3) Les sanctions prévues en cas de retard dans l'intégration à un GHT	16
4) La teneur de la convention	17
B. Etat des lieux	17
1) Avant la réforme de 2016	17
2) Après la réforme de 2016	18
3) Périmètre des GHT	19
a) Des disparités dans la taille	19
b) Des disparités dans les budgets	20
4) Le retour du département	20
II. Composition et acteurs d'un GHT	21
A. La composition d'un GHT	21
1) Les établissements parties	21
2) Les établissements associés ou partenaires	22
3) Les établissements supports	23

4) Les établissements ayant dérogation	24
B. Les acteurs du fonctionnement d'un GHT	24
1) Le comité stratégique	25
a) Rôle	25
b) Organisation	25
c) Missions	25
2) Le collège médical ou la commission médicale de groupement	26
a) Rôle	26
b) Organisation	26
c) Missions	26
3) La CSIRMT	26
a) Rôle	26
b) Organisation	27
c) Missions	27
4) La commission des usagers	27
a) Rôle	27
b) Organisation	27
c) Missions	27
5) Le comité territorial des élus locaux	28
a) Rôle	28
b) Organisation	28
6) La conférence territoriale de dialogue social	28
a) Rôle	28
b) Organisation	28
CHAPITRE 2	30

BOULEVERSEMENT DU PROCESSUS ACHAT	30
I. La convergence des achats pour l'Établissement support du GHT	30
A. Les fonctions et activités déléguées à l'établissement support du GHT	30
1) Les fonctions et activités obligatoirement déléguées	30
2) Les fonctions et activités déléguées de façon facultative	31
B. L'organisation de la fonction achat du GHT	33
1) Les apports de la réforme	33
2) La mutualisation des achats	33
II. L'exemple du GHT Hainaut-Cambrésis	35
A. Présentation du GHT Hainaut-Cambrésis	35
1) Les établissements	35
2) En quelques chiffres	35
B. La fonction achat du GHT du Hainaut-Cambrésis	36
1) Les objectifs	36
2) Domaine d'application	37
3) Les différents acteurs et leurs rôles	37
a) Le Directeur des Achats	37
b) Le Responsable de Département Achat	37
c) Le Référent Achat	38
d) L'acheteur segment spécialisé	38
e) L'acheteur généraliste	39
f) Le Contrôleur de Gestion Achat	39
g) Le Juriste Rédacteur Marchés	39
Partie 2	42
QUALIFICATION ET RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DE LA MISSION CONFIEE A UN GHT	42

Chapitre 1	42
Le GHT au regard de la commande publique	42
I. Délégations et pouvoirs	42
A. Les différentes délégations	42
1) L'imprécision du décret sur les conditions de délégation	42
2) La délégation de pouvoir	43
3) La délégation de signature	44
4) Les modalités de la délégation	44
B. Les relations contractuelles modifiées suite à la mise en place des GHT	45
1) Le transfert des marchés en cours d'exécution	45
2) La formation d'avenants aux contrats	45
3) La résiliation des marchés en cours	46
II. LES DIFFÉRENTS MARCHÉS PASSÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT	47
A. Concertation et élaboration	47
1) Principe	47
2) L'étude du besoin	47
3) Les achats délégués aux établissements parties	48
4) Les achats non délégués aux établissements parties en terme de pilotage achats.	50
B. L'exécution des marchés	50
1) La création du marché	50
2) Le suivi du marché	51
3) La gestion des litiges	52
Chapitre 2 Le maintien des grands principes du Service Public Hospitalier	53
I. Le maintien et la valorisation des principes du SPH	53
A. Le principe de continuité	53

1) Contexte	53
2) Le GHT: l'exemple du principe de continuité du SPH	54
B. Le principe de mutabilité	54
1) Contexte	54
2) Le principe de mutabilité et le GHT	55
II. Bilan de la mise en application du GHT	56
A) Un bilan contrasté pour les professionnels	56
B) Des améliorations à prévoir	56

ANNEXE

Convention constitutive du GHT Hainaut-Cambrésis