EN LIGNE DE DROIT

SEPTEMBRE 26 Hors-série



GHT : BILAN ET PERSPECTIVES

Créés en 2016 pour dépasser les logiques d'établissement et organiser une offre publique de soins à l'échelle des territoires, les GHT occupent aujourd'hui une place centrale dans l'organisation hospitalière.

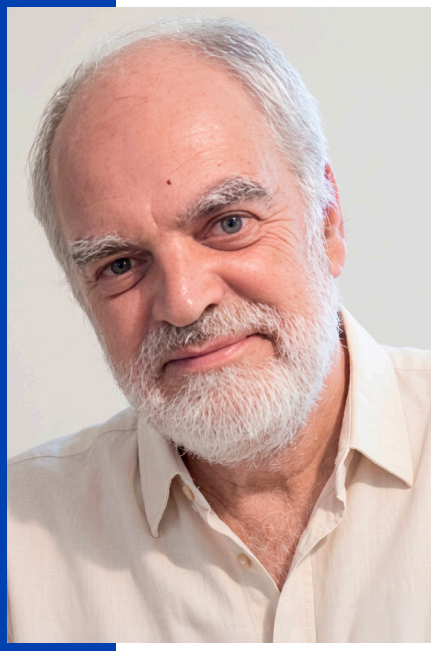
Mutualisation des fonctions, gouvernance, stratégie médicale, numérique, autorisations, ressources humaines, coopérations territoriales : en dix ans, leurs missions se sont considérablement développées, sans que leur cadre juridique évolue au même rythme. La question de leur personnalité morale et, plus largement, de leur degré d'intégration se pose désormais avec une acuité nouvelle.

À l'occasion de ce dixième anniversaire, nous vous proposons de dresser le bilan des GHT, d'en analyser les limites et d'ouvrir la réflexion sur leur avenir.

Ce livre blanc explore les principaux enjeux juridiques et opérationnels auxquels sont aujourd'hui confrontés les établissements publics de santé, avec une question en filigrane : après dix ans d'existence, quel « an II » pour les GHT ?

HOUDART
& ASSOCIÉS
AVOCATS

Cabinet Houdart & Associés, avocats dédiés aux secteurs sanitaire et médico-social, depuis 1987.



ÉDITO

C'est un grand plaisir et un honneur que d'introduire ce livre blanc consacré aux GHT.

Créés il y a dix ans par la loi du 26 janvier 2016, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) arrivent au terme de leur premier bail de dix ans.

En 2016, les groupements avaient pour ambition de dépasser les logiques d'établissement afin d'organiser une offre publique de soins à l'échelle des territoires.

L'occasion est bonne d'en faire un premier bilan, de réfléchir à ce qui va et ce qui ne va pas, de préparer « l'an II ». Tel est l'objet de ce nouveau livre blanc réalisé par les équipes du cabinet Houdart & Associés.

Il y a dix ans, notre cabinet s'était déjà pleinement impliqué, et j'en sais quelque chose, tant ce nouveau dispositif législatif était très novateur et propre à bouleverser notre système hospitalier. Les sujets ne manquaient pas : détermination des périmètres, structuration juridique du dispositif entre personne morale et convention, mutualisation d'une fonction achat ou formation d'équipes communes.

Dix ans plus tard, leur statut juridique a peu évolué : ils demeurent, par principe, des structures conventionnelles dépourvues de personnalité morale. La mutualisation des fonctions obligatoires s'est bien concrétisée. Nous ne disposons d'aucune statistique pour évaluer l'efficience des mutualisations. Gageons cependant qu'elles auront permis aux établissements, tout au moins pour les systèmes d'information, un meilleur partage de l'information. Pour la fonction achat, y a-t-il eu un réel gain ? L'adhésion aux centrales d'achat de la totalité des établissements peut permettre d'en douter.

En revanche, leurs missions se sont profondément transformées. De la mutualisation des fonctions support à la définition des stratégies médicales territoriales, les réformes successives ont progressivement fait du GHT un acteur central de la gouvernance hospitalière.

Pour y voir plus clair, regardons quelques chiffres.

HOUDART
& ASSOCIÉS
AVOCATS

ÉDITO

Une très grande hétérogénéité

En janvier 2025, 136 GHT étaient constitués :

- des territoires de 100 000 à 2,5 millions d'habitants ;
- des masses budgétaires (budgets consolidés) allant de moins de 100 M€ à plus de 2 Md€ ;
- de 2 à 20 établissements par GHT ;
- de 1 200 à 25 000 professionnels ;
- ces 136 GHT regroupent environ 898 établissements publics de santé.

Le top 5 des plus « gros »

Rang	GHT	Établissements	Lits / places	Budget consolidé	Population
1	GHT Hôpitaux de Provence	13	9 313	2,75 Md€	≈ 2,0 M
2	GHT Val Rhône Centre	10	8 300	2,6 Md€	≈ 2,0 M
3	Hôpitaux Publics Grand Lille (GHT Lille Métropole–Flandre Intérieure)	10	≈ 8 000	≈ 2,5 Md€	≈ 1,5 M
4	GHT Loire	20	7 700	≈ 1,1 Md€	> 800 000
5	GHT Somme Littoral Sud	10	> 5 900	≈ 1,0 Md€	> 700 000

- **Le GHT Hôpitaux de Provence** est particulièrement remarquable : il réunit 13 établissements, couvre environ 2 millions d'habitants, représente 2,75 Md€ de budget, 9 313 lits et places et 31 000 professionnels.
- **Le GHT Val Rhône Centre** est un autre poids lourd : créé autour des Hospices Civils de Lyon, il réunit 10 établissements, couvre environ 2 millions d'habitants, représente 2,6 Md€ de budget, 8 300 lits et places et 30 000 professionnels.
- **Le GHT Lille Métropole Flandre** Intérieure rassemble 10 établissements, environ 8 277 lits et places, 23 000 professionnels, une population de 1,5 million d'habitants et un budget consolidé de 2,5 Md€.
- **Le GHT Loire** reste le record en nombre de membres avec 20 établissements. La HAS le donnait à environ 7 700 lits/places et 15 300 professionnels.
- Enfin, **le GHT des Bouches-du-Rhône** est un autre poids lourd : 13 établissements, près de 10 000 lits et places, environ 20 000 professionnels et 2 millions d'habitants.

Le classement change selon le critère :

- Par nombre d'établissements, le GHT Loire est nettement n°1 avec 20 établissements.
- Par budget, en revanche, le GHT Hôpitaux de Provence est devant, avec 2,75 Md€, suivi de très près par GHT Val Rhône Centre, à 2,6 Md€.
- Par population, Hôpitaux de Provence et Val Rhône Centre sont également dans une catégorie supérieure, avec environ 2 millions d'habitants couverts.

ÉDITO

Quelques exemples parmi les GHT de plus petite taille

Alors que le plus gros des GHT comprend 20 établissements, le plus petit en compte... 2 ! Le grand écart se mesure également en budgets consolidés, effectifs, etc.

GHT	Établissements	Lits / places	Budget consolidé	Effectifs
GHT Psy Sud Paris	2	741	260 M€	2 860 ETP
GHT Bourgogne Méridionale	5	-	-	≈ 4 000 agents
GHT d'Armor	6	≈ 4 200	>450 M€	>7 000
GHT Cœur Grand Est	-	3 783	577,7 M€	5 390 ETP
GHT Grand Paris Nord-Est	3	1 686	640 M€	5 700

GHT et CHU

Quelle place pour les CHU ? À l'origine, le CHU devait être l'établissement hospitalo-universitaire de référence, le support du GHT. Mais, en réalité, les CHU sont eux-mêmes devenus établissements supports de GHT. Cela pose une nouvelle fois la question de la place et du rôle des CHU dans notre système de santé.

Pour les 136 GHT actuels, 32 établissements supports sont des CHU-CHR. Autrement dit, 32 GHT ont un CHU/CHR comme établissement support.

Indicateurs

136
GHT en France

32
GHT avec un CHU/CHR comme établissement support

≈ 23,5 %
Part des GHT concernés

104
GHT sans CHU/CHR comme établissement support

En l'absence de base publique unique donnant simultanément pour les 136 GHT le nombre d'établissements, le budget consolidé et les effectifs, dans une même année les chiffres avancées dans notre classement sont une consolidation de sources publiques, en privilégiant les données 2024-2026 lorsqu'elles existent. Le classement est donc nécessairement tributaires de ce qui a bien été communiqué par les uns et les autres.

Sources :
Ministère de la Santé / DGOS + FINESS/DREES via data.gouv.fr
Sites officiels des GHT / établissements supports
Sites officiels des GHT, CHU ou établissements supports
Sites officiels des GHT/CHU, rapports d'activité, documents institutionnels
Fédération hospitalière de France (FHF), rapports et documents publics

ÉDITO

Et demain ?

Envisager l'avenir conduit à envisager deux aspects stratégiques fondamentaux :

- Le premier porte sur les fonctions non obligatoires, à savoir les délégations que l'on peut imaginer en matière de gestion d'équipes médicales communes, de mutualisation des trésoreries ou encore d'autres activités médicotechniques, laissées à l'appréciation des GHT.
- Le second porte sur une question, à nouveau posée : faut-il une personne morale ? La personnalité morale ouvre plusieurs possibilités. Quand vous êtes un sujet de droit, vous bénéficiez de prérogatives et pouvez, par exemple, contracter, détenir un patrimoine ou encore être représenté en justice. Autrement dit, vous agissez, au sens juridique du terme. Aujourd'hui, celui qui peut agir, dans le cadre de fonctions très restreintes, c'est l'établissement support.

Certains rétorqueront que la possibilité de se doter d'une personne morale a été introduite par la loi « Valletoux », qui présente deux voies :

- La fusion constitue la première façon pour un GHT de se doter de la personnalité morale. Or, c'est une situation ubuesque, car si les établissements fusionnent, il n'y a plus de GHT. D'ailleurs, le législateur a cru bon de préciser que, dans ce cas, l'établissement issu de la fusion n'a pas à devenir partie à une convention de GHT. Il paraît impossible de faire fusionner tous les établissements de France et de Navarre. La fusion peut, en revanche, être réservée à de très petits établissements.
- La seconde voie consiste à créer un « GCS-GHT ». Outre qu'il n'existe toujours pas de décret autorisant sa mise en place, ces modifications engendrent des interrogations juridiques : comment articuler les pouvoirs de l'assemblée générale avec les autres instances du GHT, qui ne disparaissent pas pour autant ? Comment articuler la convention constitutive du GCS avec celle du GHT ? Y a-t-il un acte constitutif qui l'emportera sur l'autre ?

Décret ou non, les opérateurs et les directeurs ne sont pas particulièrement fascinés par le modèle du « GCS-GHT ». D'ailleurs, les établissements publics de santé utilisent déjà les GCS au sein des GHT pour faciliter certaines mutualisations. Si l'on dote les GHT de la personnalité morale, il ne faudrait pas que cela détruise les coopérations existantes entre les établissements d'un GHT, les professionnels libéraux et d'autres structures privées, qui, jusqu'ici, fonctionnent.

Doter les GHT d'une personne morale constitue une solution intéressante. Mais il serait assez dangereux d'imposer une uniformisation. Tous les territoires ne se ressemblent pas en termes de besoins et ne disposent pas des mêmes ressources.

Il y a donc urgence à engager une réflexion sur ce que l'on attend désormais d'un GHT : quelles activités majeures et quelle organisation ? Comment créer des pools de médecins et mettre en place une véritable politique d'attractivité à l'échelle d'un territoire ? Chaque GHT peut améliorer son attractivité s'il dispose d'une porte d'entrée pour le recrutement et, pourquoi pas, s'il peut proposer un choix de statuts différents, y compris libéraux.

ÉDITO

Il serait, par ailleurs, intéressant qu'un GCS puisse disposer d'une ou de plusieurs autorisations d'activité en propre, sans devenir un établissement de santé. Ces autorisations doivent être l'expression de projets médicaux territoriaux et, donc, nécessairement s'inscrire dans une coopération avec l'ensemble des acteurs du territoire, de façon à répondre à tous les besoins.

Alors, quid de l'an II des GHT ?

La circulaire du 29 juillet 2026 relative aux GHT, édictée par la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et notifiée aux directeurs généraux d'ARS, impose visiblement l'objectif « intégratif » promu par le rapport IGF-IGAS de septembre 2025, avec un calendrier très contraint : au 15 novembre 2026 pour un autodiagnostic fondé sur la méthodologie de l'ANAP, puis au 15 janvier 2027 pour engager un « plan d'actions de consolidation de l'offre publique ». Le délai est bien court.

Il n'est pas inutile de citer la ministre :

« Je souhaite que les communautés hospitalières publiques s'engagent résolument dans le renforcement des coopérations au service d'une amélioration de la réponse graduée aux besoins des patients et de la juste utilisation des crédits d'assurance maladie. Des progrès peuvent encore être réalisés, à droit constant, dans l'intégration des stratégies territoriales des établissements. »

Le débat est donc bien ouvert et le cabinet Houdart & Associés, observateur privilégié, a décidé d'aider et d'accompagner les acteurs dans leurs réflexions en publiant ce nouveau livre blanc : « Bilan et perspectives des GHT, dix ans après ».

Chaque secteur y contribue. Il y sera question :

- de la création d'une personne morale, entre intégration et autonomie, entre déconcentration et décentralisation ;
- de la délicate question de la mutualisation de la trésorerie et du financement des GHT ;
- du régime des autorisations et de leur « mise en commun » ;
- des liens avec les acteurs du premier recours et des modes de coopération ;
- du dialogue social au sein des GHT et de son évolution ;
- du statut du directeur, entre autonomie statutaire et gouvernance territoriale ;
- du bilan juridique, sans concession, du « numérique » : convergence du SI, cybersécurité, contrats informatiques et hébergement des données ;
- du médico-social : GHT ou GTSMS ? Et si le second devenait le modèle du premier ?
- de la responsabilité du directeur d'hôpital et du GHT : opportunités ou risques invisibles ?

Un menu complet, des analyses sans concession et un examen utile des perspectives. Un ouvrage réalisé par des avocats et des juristes qui œuvrent depuis de nombreuses années auprès des acteurs de santé et des établissements publics de santé.

Je vous en souhaite une belle et bonne lecture et forme le vœu que les acteurs du quotidien de nos hôpitaux soient également les acteurs de la refondation nécessaire de notre système hospitalier.

SOMMAIRE

11 • GHT : à la recherche d'une nouvelle personne morale
20 • GHT et mutualisation des trésoreries : encore un effort !
29 • GHT et autorisations : dix ans après, tout reste à faire
35 • Le GHT doit-il devenir le cadre de référence de la coopération ville-hôpital ?
41 • Le dialogue social au sein du GHT doté de la personnalité morale
47 • Directeurs et GHT : entre autonomie statutaire et gouvernance territoriale
52 • Le GHT a-t-il enfin les moyens de son numérique ?
56 • GTSMS : les leçons des GHT pour une coopération médico-sociale publique réussie
61 • GHT et responsabilités juridiques : opportunités ou risques invisibles pour le directeur ?

HOUDART
& ASSOCIÉS
AVOCATS



GHT : à la recherche d'une nouvelle personne morale



Me Stéphanie Barré-Houdart

Le groupement hospitalier de territoire a été créé par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sans personnalité morale. Il repose sur une convention dite « convention constitutive », et a recours lorsque nécessaire à la personnalité morale de l'établissement support.
Dix ans après, la question se pose de nouveau : certes, le GHT peut décider depuis 2023 de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) mais cela n'a eu aucun succès. Il est désormais envisagé de doter obligatoirement le GHT d'une personne morale dédiée. Au-delà du caractère obligatoire ou non, se pose la question fondamentale du devenir du système hospitalier français.

Créé en 2016 par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le groupement hospitalier de territoire a été conçu sans personnalité morale propre, en s'appuyant sur celle de l'établissement support. Le législateur n'a donc pas entendu reconnaître au GHT une personnalité morale ni, partant, une personnalité juridique, entendue comme l'aptitude à être titulaire, activement ou passivement, de droits subjectifs, tels que le droit de disposer d'un patrimoine, de contracter ou d'être représenté.
Pour paraphraser un célèbre arrêt de la Cour de cassation (Req. 23 février 1891, D.P. 1891, 1, 337) : il n'a pas été considéré qu'il était de l'essence même des GHT de créer, au profit de l'individualité collective, des intérêts et des droits propres et distincts des intérêts et des droits de chacun des membres.

Les rapports juridiques sont par conséquent établis de membre à membre, et en particulier entre celui désigné comme l'établissement support et les établissements membres, et non entre les membres et le GHT.
Si les réformes et ajouts successifs (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital) ont permis la création d'instances unifiées (commission médicale unifiée, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique unifiée) en substitution des instances propres aux établissements parties, ou encore au niveau du groupement la mise en commun des disponibilités, l'élaboration d'un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques et la conclusion avec l'agence régionale de santé d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, c'est la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels qui offre aux GHT la possibilité de revêtir une personnalité morale.

Ainsi et aux termes de l'article L. 6132-5-2 du code de la santé publique :

« Le groupement hospitalier de territoire peut être doté de la personnalité morale dans les cas suivants :
1° Lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire fusionnent dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1. Dans ce cas, l'établissement issu de la fusion n'est pas tenu d'être partie à la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 6132-1 ;
2° Lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire constituent, à l'exclusion de tout autre membre, un groupement de coopération sanitaire mentionné à l'article L. 6133-1 (...) ».

La fusion dissout le GHT

La fusion est souvent considérée comme la voie royale pour répondre à la nécessité d'une plus grande intégration et des économies d'échelle souhaitées par les pouvoirs publics.
Dans son rapport de 2020 sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes relevait que :

« des établissements sanitaires membres de quelques GHT ont fait le choix de fusionner au sein d'un établissement de santé unique, afin de retrouver une plus grande capacité et une plus grande cohérence d'actions. Ces fusions se sont traduites par la mise en œuvre de projets plus structurants, illustrant ainsi que le maintien de l'autonomie juridique des établissements support et parties du GHT ne semble pas la voie la plus efficace pour atteindre les objectifs assignés par la loi aux GHT ».

Certains objecteraient que les établissements publics de santé n'ont pas attendu la loi Valletoux pour fusionner, un encadrement juridique spécifique étant déjà à disposition, et ce de longue date et que cet alinéa est superfétatoire et inapproprié puisque la fusion des établissements parties d'un GHT ne dote pas celui-ci d'une personnalité morale mais le fait disparaître.

D'ailleurs, le législateur prend le soin de préciser que l'établissement public de santé issu de la fusion ne se trouve plus dans l'obligation d'être membre d'un GHT. En quelque sorte, la fusion mène les centres hospitaliers qui y ont participé au bout du processus engagé dans le cadre du Groupement.
Surtout, les fusions ne sont pas sans limites : certains font valoir les « gigantismes, pertes d'identité, 'déséconomies' d'échelle, illisibilité pour la médecine de ville et le secteur médico-social, et donc inadaptation à la gestion de la proximité » (bilan d'étape des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) - rapport IGAS n° 2019-034R décembre 2019). En outre, quelle place accorder, dans la fusion, aux établissements de santé mentale et aux EHPAD ?

Il n'est pas sans intérêt d'observer que la mission IGF-IGAS dans son rapport « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale » de septembre 2025, loin de plaider pour la fusion de manière générale, la réserve aux plus petits établissements.
Qu'en est-il du recours au GCS ?

Le GCS « GHT » : le couteau suisse de la coopération peut-il devenir l'outil de l'intégration ?

Remarquons que le GCS est un outil avant tout de mutualisation et de coopération et non à proprement parler d'intégration (voir notre livre blanc dédié aux GCS). Le GCS n'a pas vocation à devenir la holding de tête, la société faîtière ou encore la société mère du groupe d'établissements publics pour prendre des comparatifs de droit privé. Il n'est et ne devrait rester que le mandataire de ses membres et agir pour leur compte.

En l'état, le législateur a entendu créer un GCS au régime spécifique adapté au GHT dont on peine en l'absence de décret d'application à définir les contours. Nous le désignerons par commodité le GCS « GHT ».

En premier lieu, et ce point fait l'objet de nombreuses critiques des tenants d'une plus grande intégration, sa création impose l'accord unanime des établissements parties du GHT. L'opposition d'un seul établissement, fût-il le plus petit, suffit à empêcher la constitution d'un GCS. La dotation d'une personnalité morale reste non seulement optionnelle mais se fonde sur le consensus.

En second lieu, le GCS « GHT » ne peut admettre comme membre que les établissements parties, à l'exclusion d'établissements associés ou partenaires du GHT (hôpitaux des armées, HAD, établissements psychiatriques, établissements de santé privés...) et naturellement de tout autre tiers. L'administrateur du GCS devra pouvoir dire : « Le GHT, c'est moi ! »
On notera que le GCS « GHT » sera nécessairement de droit public n'étant de par la loi composé que de structures publiques.

Compétences obligatoires et optionnelles

En troisième lieu, le législateur définit les compétences obligatoires et optionnelles du GCS « GHT » précisant que « pour l'exercice de ses compétences, le groupement de coopération sanitaire se substitue à l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et l'administrateur du groupement de coopération sanitaire exerce l'ensemble des prérogatives accordées au directeur de l'établissement support. »

L'objet du GCS « GHT » est constitué a minima des fonctions qui reviennent obligatoirement à l'établissement support lorsque le GHT reste sous un mode conventionnel, à savoir :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- la fonction achats ;
- 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 ;
- la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

Des compétences additionnelles peuvent lui être confiées : « Le groupement de coopération sanitaire exerce également, le cas échéant, les compétences mentionnées aux II et III du même article L. 6132-3 et à l'article L. 6132-5-1. »

• Rappelons que le II de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique donne la possibilité à l'établissement support du GHT de 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.

Conformément aux articles L. 6132-2 et R. 6132-1 du code de la santé publique ces délégations d'activités doivent être prévues et organisées par la convention constitutive du GHT. Ce qui implique l'accord de l'ensemble des établissements parties signataires. La substitution du GCS « GHT » à l'établissement support n'y change rien.

À cet égard, la convention constitutive du GCS « GHT » ne se substitue pas aux termes de la loi à la convention constitutive du GHT telle que définie par les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 (qui intègre le projet médical partagé) qui reste l'acte fondateur. Ce qui obligera le pouvoir réglementaire et les rédacteurs à penser leur articulation.

• Aux termes du III de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique :
« Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire et les hôpitaux des armées associés au groupement 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 et de pharmacie. »

Là il ne s'agit plus de transfert ou de délégation au bénéfice de l'établissement support et le cas échéant du GCS « GHT » mais de coopération entre les membres.

Aussi, lorsqu'il est précisé que « Le groupement de coopération sanitaire exerce, le cas échéant, les compétences mentionnées au III du même article L. 6132-3 », il faut certainement en déduire que dans cette hypothèse le GCS « GHT » devient l'outil exclusif pour organiser entre tous les établissements parties ou certains d'entre eux les coopérations en imagerie, biologie et pharmacie en mutualisant les ressources, voire en assurant l'exploitation directe des activités citées. Rend-il alors inopérant le recours aux pôles interétablissements ?

• Enfin s'agissant des compétences qui peuvent être confiées au GCS « GHT » au titre de l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique aux termes duquel :

« « Les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :
1° Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code ;
2° Elaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 ;
3° Conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement. » »

On notera que ces dispositifs très intégratifs (qui n'ont d'ailleurs pas rencontré le succès escompté) ne peuvent être autorisés par le directeur général de l'ARS que sous réserve qu'ils aient été sollicités par les directeurs de tous les établissements parties (articles R. 6132-19-3, R. 6132-19-4, R. 6132-19-5, R. 6132-19-6).

Il reviendrait alors à l'administrateur du GCS « GHT », en lieu et place du directeur de l'établissement support, pour le compte des membres, de signer le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, de « fixer » le plan global de financement pluriannuel unique, ou encore de déterminer le programme d'investissement unique. Il est exigé à ce stade par les dispositions réglementaires précitées, l'avis favorable préalable du comité stratégique et de la commission médicale du GHT. Nous reviendrons infra sur la cohabitation entre gouvernance propre au GCS et au GHT.

S'agissant de la mise en commun de disponibilités en vue de la réalisation d'opérations de trésorerie entre établissements publics de santé et établissements ou services médico-sociaux parties au GHT, le schéma prévoit la conclusion d'une convention entre les établissements et le directeur départemental ou régional des finances publiques (on se reportera sur ce sujet à l'article « GHT et mutualisation des trésoreries : encore un effort ! » de Me Arnaud Bensoussan). La logique émanant de l'émergence d'une personnalité morale devrait conduire à ce que le GCS « GHT » puisse devenir dans l'intérêt de ses membres le signataire unique et le garant de l'exécution.

Les compétences obligatoires ou optionnelles confiées au GCS « GHT » aux termes de la loi sont-elles limitatives ? Rien ne permet de l'affirmer. Le GCS « GHT » devrait pouvoir exercer toute mission relevant de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique qui définit les missions du GCS et prétendre exercer toutes les prérogatives accordées à ce dernier dès lors qu'elles s'inscriraient dans la stratégie du GHT et le projet médical partagé. Les GCS « GHT » devraient être en capacité de recruter et d'employer directement le personnel, d'acquérir et gérer le patrimoine mobilier et immobilier en propre, de contractualiser, etc.
Et bien sûr les GCS « GHT » devront disposer d'un budget autonome.

On comprend par ailleurs du dernier alinéa de l'article L. 6132-5-2 que le GCS « GHT » peut détenir en propre des autorisations d'activités de soins sans toutefois être érigé en établissement de santé (par dérogation à l'article L. 6133-7 du code de la santé publique). Jusqu'alors, étaient seulement envisagés dans les GHT « les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements lourds entre établissements parties au groupement » (voir « GHT et autorisations : dix ans après, tout reste à faire » de Me Nicolas Porte).

Là nous comprenons qu'il s'agirait de permettre au GCS « GHT » d'être titulaire d'autorisations d'activités de soins et d'en assurer l'exploitation probablement sur différents sites géographiques du territoire concerné.
Le décret en préparation va là encore devoir innover.

Dans le régime de droit commun, un GCS de droit public détenteur d'autorisations d'activités de soins se transforme automatiquement en établissement public de santé effaçant sa nature de structure coopérative (Il existe par ailleurs à ce jour deux autres catégories de GCS exploitant des activités de soins, outre les GCS titulaires d'autorisations érigés en établissements de santé : les GCS exploitants d'autorisations d'activités de soins détenues par leurs membres, et les GCS titulaires d'autorisations d'activités sans être érigé en établissement de santé mais pour exclusivement l'activité de médecine nucléaire, l'activité biologique d'assistance médicale à la procréation, l'activité de radiologie interventionnelle). Schéma qui n'était évidemment pas adapté aux fonctions assignées au GHT. Il ne peut être question de créer un établissement public en plus de ceux existants.

En quatrième lieu, une question majeure se pose : l'articulation de la gouvernance du GCS « GHT » et celle préexistante du GHT.

Lorsque le législateur a introduit l'article L. 6132-5-2, il n'a manifestement pas souhaité que la constitution du GCS « GHT » porte atteinte à la gouvernance du GHT telle que définie par les dispositions législatives, réglementaires et les conventions constitutives existantes ni à celles propres aux GCS, sous réserve de certains aménagements.

Le directeur de l'établissement support est nécessairement désigné comme l'administrateur du GCS « GHT » (il ne revient pas aux membres comme dans un GCS classique d'élire n'importe lequel des représentants des membres siégeant à l'assemblée générale). En outre, le président de la commission médicale de groupement ou, le cas échéant, le président de la commission médicale unifiée devient vice-administrateur du GCS « GHT ». On relèvera qu'il s'agit là d'une nouvelle fonction puisque les règles de gouvernance des GCS imposent l'élection d'un administrateur suppléant qui remplace l'administrateur en cas de défaillance de ce dernier. Quelles seront les missions du vice-administrateur ? On peut imaginer qu'il s'agit de reproduire au sein du GCS « GHT » le binôme (président/vice-président) du comité stratégique du GHT.

Ceci précisé, le législateur s'est contenté de poser une règle de bons sens mais qui pourrait donner la migraine aux audacieux qui se lanceraient dans l'aventure : « Les règles d'organisation et de fonctionnement du groupement de coopération sanitaire définies dans sa convention constitutive s'accordent avec celles prévues dans la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire. »

Deux conventions constitutives, celle du GHT et celle du GCS, vont coexister avec des modalités d'élaboration et d'approbation distinctes ce compris pour leurs avenants (et nous n'évoquons même pas le règlement intérieur du GCS).

Ne devrait-on pas porter une réflexion approfondie sur ce qui devrait relever de la convention constitutive du GHT (texte fondateur) et de la convention constitutive du GCS « GHT » ? Ou le projet médical partagé et plus globalement la convention constitutive du GHT ne pourraient-ils être considérés comme faisant partie des actes constitutifs du GCS « GHT » ? Ne pourrait-on éviter que chaque modification, chaque avancée soit soumise à l'avis des comités techniques, des CME, des CSIRMT et des conseils de surveillance de chaque établissement, à la concertation avec le directoire, avant signature des directeurs comme l'y oblige à ce jour pour la convention constitutive du GHT l'article R. 6132-6 du code de la santé publique ?

Et qu'en est-il des (trop) nombreuses instances, certaines désertées, et du risque de mille-feuille, succulent gâteau mais organisation indigeste ?

Deux instances coexistent dans un GCS : l'administrateur (et son suppléant) et l'assemblée générale, organe délibératif au sein de laquelle les représentants (librement désignés) des membres siègent et aux compétences strictement définies (article R. 6133-26 du code de la santé publique).

Quelle articulation imaginer entre l'assemblée générale du GCS « GHT » et le comité stratégique chargé d'arrêter le projet médical partagé et de se prononcer sur sa mise en œuvre et celle de la convention (du GHT), composé des directeurs, du président de la commission médicale du groupement, les présidents de CME, et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ?

Si l'on admet que le GHT revêt la personnalité juridique du GCS, ne doit-on pas prévoir en toute logique que la CME du groupement ou la CME unifiée, le CSIRMT du groupement ou unifié, ou encore le comité territorial des élus, le comité des usagers soient intégrés dans la gouvernance du GCS « GHT » ? Aurait-on même la témérité de refonder la gouvernance dans sa globalité pour assurer une représentativité et un allégement des processus décisionnels ? L'opportunité est donnée d'associer les élus en leur apportant une place qui ne relève pas d'un simple décorum mais de leur place dans l'aménagement territorial et la réponse aux besoins de santé.

Surtout il ne faudrait pas que la dotation d'une personnalité morale se traduise par une plus grande complexité et un nombre encore plus déraisonnable d'instances.
En tout état de cause, le décret d'application se fait attendre et aucun GHT ne dispose de personnalité morale.

À la recherche d'une nouvelle personnalité morale ?

Le GCS dont on perçoit les limites (mais le décret pourrait par le talent de ses rédacteurs le rendre attractif) n'est certainement pas la seule voie. D'autres plus ambitieuses mais également plus engageantes se dessinent qui visent la création d'une personne morale dédiée.
Le GHT n'emprunterait pas la personnalité d'une structure existante (GCS, établissement public de santé, GIP...) mais disposerait en propre d'une personnalité (personne morale sui generis, nouvelle catégorie d'établissement public...).

L'outil ne gouvernant pas la main ; avant de définir la structure encore faudrait-il s'accorder sur les missions qui doivent relever du GHT et celles propres aux établissements publics de santé.

S'il peut être considéré qu'un consensus existe pour confier au GHT la définition et l'organisation des filières de prise en charge publiques, la graduation des soins, et la mutualisation de fonctions support et médico-techniques, d'autres sujets font débat comme par exemple, la régulation et la répartition des autorisations d'activités, la gestion des ressources humaines, les investissements, ou encore la mutualisation de trésorerie.

Le recours au principe européen de subsidiarité ne serait pas sans intérêt pour fixer les frontières entre les établissements publics de santé et la supra-structure GHT : à quel niveau la compétence doit-elle être exercée pour être la plus efficiente en regard du service rendu in fine aux patients ? N'aurait-on pas intérêt à ce jour à réserver l'organisation des urgences sur un territoire au GHT ? Comme la gestion d'un pool de praticiens hospitaliers territoriaux ?

La mise en place d'un tel principe suppose que les établissements parties acceptent de transférer une part de leurs prérogatives et donc de leur autonomie au nom de l'intérêt du groupe à une structure tierce. Ce qui peut s'entendre dès lors que leur voix porte au sein de la gouvernance de celle-ci. En d'autres termes, il est nécessaire que se construise un intérêt collectif qui dépasse l'intérêt de chaque hôpital.

Un tel schéma ne peut se concevoir, à notre sens, dans une rigide homogénéité quel que soit le lieu ; la maturité des GHT, et plus largement des coopérations au sein des territoires étant très disparates, comme leurs contraintes et leurs besoins, il apparaît nécessaire dans un cadre défini de laisser une marge d'appréciation et de progression aux acteurs. Le rôle de l'ARS serait évidemment fondamental.

Plusieurs rapports ont déjà abordé la création d'une personnalité morale dédiée.

Déjà dans le rapport IGAS n° 2019-034R « Bilan d'étape des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) » de décembre 2019, était évoquée « la création d'un établissement public territorial de santé qui remplacerait les GHT ». Il était rappelé que la transformation des GHT en établissements publics de santé de territoire (EPST) était préconisée « dans un rapport intitulé Repenser l'organisation territoriale des soins résultant d'une commande de la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre de la définition de la stratégie de transformation du système de santé « ma santé 2022 ». Selon la mission, ce modèle de l'EPST peut effectivement répondre, à condition de se substituer et non de s'ajouter aux EPS actuels, à certains défauts du modèle en vigueur (convention constitutive et établissement support), souvent soulignés par les acteurs des GHT eux-mêmes : redondance et lourdeurs des instances, tensions entre établissements support et établissements parties dans le champ des compétences transférées au GHT, mutualisation financière limitée compte tenu du principe d'autonomie budgétaire des établissements. »

En bref la perspective tracée était celle de la création d' « Assistances Publiques territoriales » et la disparition de nombre d'établissements publics de santé.

De manière plus adroite la question est revenue non pour promouvoir des établissements publics de santé territoriaux mais des groupes publics territoriaux dotés de la personnalité morale (Rapport IGF-IGAS « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale » septembre 2025).
Le GHT deviendrait une société faîtière (à l'instar de groupes privés) qui aurait pour missions de :

«
- définir la stratégie du groupe et notamment le projet médical sur la base du PRS ;
- d'assurer la gradation et la cohérence de ses activités en recherchant des économies d'échelle et des économies de gamme ;
- d'organiser les parcours patients entre les établissements du groupe ainsi qu'avec les centres de référence ;
- d'allouer les ressources, notamment en matière d'investissements, que ce soit dans l'immobilier ou dans les équipements lourds. Elle aurait donc la charge de la stratégie immobilière et patrimoniale du groupe ;
- de gérer la dette et de piloter les grands projets structurants et transverses, qu'il s'agisse du virage ambulatoire ou de la transformation liée à l'intelligence artificielle.
- d'organiser et de piloter l'activité de recherche ;
- d'établir des partenariats avec les autres établissements en charge du service public hospitalier et les acteurs de l'offre de soins du territoire et avec les établissements médico-sociaux en charge d'un service public.

»

Elle assurerait en outre l'ensemble des services supports (finances, RH, achats, ...) et la mutualisation des services médico-techniques (pharmacie, imagerie, biologie).
Dans ce schéma, les établissements publics de santé - dont on peut s'interroger de ce que deviendrait leur autonomie financière, économique et juridique :

« « seraient chargés du fonctionnement et de la gestion hospitalière quotidienne, de la qualité du parcours patient et de la qualité des soins, sur la base des orientations stratégiques décidées au niveau du groupe. Ils seraient chargés de mettre en œuvre tous les leviers d'efficience interne liés aux activités cliniques (...) et de l'animation des partenariats avec les autres acteurs de la santé du territoire (ESPIC, cliniques, CPTS, ESMS). » »

Inévitablement la gouvernance devrait être revue tant au niveau du Groupe (en particulier pour assurer la représentation des élus) que des établissements pour répondre à la répartition des missions.
La logique d'intégration serait poussée à l'extrême : Relevons que ce GHT nouvelle formule serait obligatoire et s'imposerait partout sur le territoire et que :

« « les activités médico-techniques seraient mutualisées de droit alors qu'il ne s'agit que d'une option dans la loi de 2023. Les fonctions logistiques et support, mais aussi la politique de qualité et la certification le seraient également ; comme dans un groupe de cliniques mutualistes, ce modèle reposerait sur une solidarité financière due à la consolidation des comptes, tout en préservant la liberté de gestion pour ses membres. Il permettrait également de dépasser les difficultés structurelles actuelles, qu'il s'agisse de la gouvernance, du recrutement des directeurs, de la gestion des carrières des médecins et des autorisations d'activités de soins dans un seul établissement de santé. » »

Plus encore « Les autorisations seraient progressivement délivrées non pas au niveau de chaque hôpital mais au niveau du groupe qui deviendrait le principal point de contact avec le régulateur. Cette évolution pourrait s'accompagner d'une réforme du droit des autorisations. »

Le rapport souhaite faire peser sur chaque groupe hospitalier une « responsabilité territoriale de coordination » en assurant « un socle de services » (« une gamme assez complète de soins généraux et spécialisés par les établissements ») par les établissements membres.

Est-ce à dire que les groupes publics territoriaux deviendraient les bras armés des ARS en charge de réguler et de répartir les autorisations ? L'uniformisation des organisations territoriales publiques telles que pensées par le rapport IGF IGAS ne laissant qu'une place limitée aux initiatives et particularismes locaux et cédant au groupe public toutes les fonctions stratégiques supports, couplée à la départementalisation des ARS et des territoires de santé, pourrait renforcer les logiques de centralisation et de repli sur soi au détriment de la nécessaire coopération avec les professionnels libéraux, les collectivités territoriales et les établissements médico-sociaux. À cet égard, pourquoi toujours favoriser la césure entre sanitaire et médico-social quand les prises en charge ne se découpent pas si artificiellement ?

Si la création d'une personne morale publique sui generis de ressort territorial présente un intérêt certain, plusieurs conditions et préalables s'imposent comme nous l'avons développé supra. Encore une fois c'est la particularité et la spécificité de ses missions qui doit justifier son apparition dans l'ordre juridique.
Sa création impose l'intervention du législateur qui se verrait contraint non pas seulement de penser une structure juridique mais de donner un cap aux établissements publics pour les dix ans à venir, bref faire de la politique au sens le plus noble du terme.



GHT et mutualisation des trésoreries : encore un effort !



Me Arnaud Bensoussan

Depuis la loi du 27 juillet 2019, les établissements publics de santé (EPS) membres d'un même GHT sont autorisés à mettre en commun leurs disponibilités, sous forme de prêts « intra-GHT » entre membres ou en les centralisant auprès de l'établissement support afin de créer un "cash pool" comme le font les groupes de sociétés. Très peu ont eu recours à cette faculté. Pourtant elle comporte de multiples avantages. Il convient d'en examiner le fonctionnement, la procédure de mise en œuvre et d'analyser les raisons de ce désintérêt et les moyens d'y remédier.

Via son article 37 portant création de l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique, la loi n° 2019-774 du 27 juillet 2019 a permis aux établissements publics de santé membres d'un même GHT de mettre en commun leurs disponibilités, sous forme de prêts "intra-GHT" entre membres ou en les centralisant auprès de l'établissement support afin de créer un "cash pool" comme le font les groupes de sociétés.

Cette innovation juridique a été acquise en dépit de fortes oppositions et après quelques péripéties : Comme le notait le rapport parlementaire de Mme Biémouret en 2015 (Rapport n° 2944 du 8 juillet 2015) "La proposition d'une mutualisation de la trésorerie des établissements hospitaliers entre eux se heurte pour sa part à de fortes résistances, notamment de la part de l'IGF qui considère que cela pourrait fragiliser la trésorerie de l'État, les hôpitaux ayant obligation de déposer leurs fonds au Trésor (art 47 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012), mais la raison essentielle avancée est que cela inciterait à une gestion laxiste de la trésorerie, la ressource devenant trop facilement accessible. La direction du Budget, lorsqu'elle a été auditionnée par la MECSS, a elle aussi mis en avant le risque de déresponsabilisation des établissements" Un précédent dispositif législatif avait d'ailleurs été censuré par le conseil constitutionnel pour cause de « cavalier législatif » .

A-t-elle rencontré le succès ou est-elle restée à quai ?

La mutualisation (ou centralisation) de trésorerie dans les groupes de sociétés : un bon modèle et un modèle à suivre

Dans les groupes de sociétés commerciales, même d'assez petite taille, il est devenu banal car de bonne gestion élémentaire, de mutualiser les trésoreries des différentes sociétés membres du groupe : celles qui ont des excédents de trésorerie les mettent à la disposition de celles qui ont des besoins, pour éviter de devoir recourir à des financements bancaires qui seront toujours plus coûteux que ce que rapporteront les placements garantis en capital des fonds de roulement excédentaires.

En effet, la rémunération de ces prêts de trésorerie "intra-groupe" est généralement située dans la partie basse de la fourchette des taux qu'obtiendrait l'emprunteur auprès de ses banques, d'où une économie de frais financiers par rapport au coût d'un prêt bancaire de même montant et durée sans garantie. Tandis que la rémunération du prêteur sera ainsi légèrement supérieure au taux de placement sans risque qu'il obtiendrait sur la même durée pour le même montant.

À ces avantages financiers immédiats de réduction des frais financiers et d'optimisation de la rémunération des excédents de trésorerie pour chacun des membres du groupe, s'ajoutent ceux apportés par la réduction de l'endettement bancaire au niveau du groupe lui-même et le pilotage centralisé de la trésorerie des différentes sociétés le constituant.

Mutualiser la trésorerie d'un groupe de sociétés est en effet une bonne raison pour la direction financière d'un groupe de demander aux différentes sociétés qu'elle supervise de lui fournir toutes les informations nécessaires à l'obtention d'une vision globale de la trésorerie disponible au niveau de l'ensemble du groupe et à celui de chacun de ses membres. Il s'ensuit une gestion prévisionnelle plus efficace de la trésorerie, la diminution du risque d'impasses de trésorerie au niveau d'une des sociétés du groupe et l'inutilité de multiplier des lignes de découvert individuelles dont le coût est élevé.

En donnant à cette direction financière la capacité de visualiser et de contrôler les encaissements et les règlements effectués par les différentes sociétés qu'elle supervise, la mutualisation de trésorerie réduit aussi les risques d'erreurs ou d'omissions de même que les risques de fraude. Elle favorise également les économies d'échelle et professionnalise la gestion de la trésorerie puisqu'il est justifié de mettre en place une équipe spécialisée pour gérer au mieux la trésorerie du groupe et celle de chacun de ses membres, qui peuvent se consacrer à d'autres tâches que celles liées à la gestion de leur trésorerie.

Cette mutualisation de trésorerie peut prendre diverses formes, et utiliser des outils de gestion de trésorerie plus ou moins sophistiqués.

Sous sa forme la plus simple, on se contentera de mettre en place des prêts intra-groupe au moyen desquels des sociétés du groupe disposant d'une trésorerie excédentaire consentiront à celles qui ont des besoins de trésorerie des prêts, tant à court qu'à moyen terme, en fonction des prévisions de trésorerie et des besoins de financement des unes et des autres.

Ces prêts intra-groupe peuvent fort bien n'être que ponctuels, en fonction des circonstances. Ils peuvent aussi être systématisés dans le cadre d'une gestion manuelle périodique des positions de trésorerie respectives des différents membres du groupe et reposer sur des virements manuellement réalisés au cas par cas pour la réalisation des avances et celle de leur remboursement.

Ces mouvements de fonds entre sociétés devront cependant, et en toute hypothèse, être documentés pour retracer juridiquement et comptablement ces avances et ces remboursements. Ce qui se fera moyennant la rédaction et la conclusion de contrats de prêts.

Ces contrats seront rédigés simplement, à partir d'un même modèle standardisé puisque prêteur et emprunteur appartiennent au même groupe de sociétés. Ils devront toutefois contenir les clauses usuelles de tout contrat de prêt (montant, durée, rémunération TEG, clauses de remboursement anticipé etc.) afin de bien définir les droits et obligations respectifs de chaque partie. Chaque société a en effet son intérêt propre à défendre et il est nécessaire de garantir juridiquement la discipline de chacun des participants pour le bon fonctionnement du système.

À partir de ce schéma élémentaire, il est possible d'aller un peu plus loin que de simples opérations ponctuelles d'avances de fonds entre sociétés d'un même groupe en institutionnalisant la gestion mutualisée de trésorerie afin de faire de la société mère du groupe (ou éventuellement d'une holding intermédiaire ou d'une autre société du groupe choisie pour remplir ce rôle) une société "pivot" de la trésorerie des différents membres du groupe.

On passe alors d'un système de mutualisation de la trésorerie sous l'égide de la direction financière du groupe, à un système de centralisation de trésorerie, encore dénommé « cash pooling », au moyen duquel les sociétés « cash rich » font remonter au pivot de trésorerie leurs excédents. Ce dernier les prête alors à son tour aux membres du groupe ayant des besoins de trésorerie.

Suivant sa situation de trésorerie à un instant T un membre du groupe prête donc sa trésorerie positive à la société centralisatrice ou au contraire reçoit d'elle une avance remboursable.

Cette centralisation peut être réalisée manuellement, par des virements de compte à compte reflétés en comptes courants, mais elle devient vite fastidieuse et source d'erreurs dès lors que ces mouvements de fonds sont fréquents et s'opèrent entre de nombreuses sociétés.

C'est pourquoi la centralisation prend plutôt en pratique une forme systématique et automatique avec l'ouverture par la société pivot d'un compte centralisateur où sont automatiquement transférés les soldes positifs des membres du groupe dont les trésoreries sont excédentaires, et à partir duquel sont faites des avances de trésorerie aux membres qui ont besoin d'être financés.

Un tel dispositif de centralisation de trésorerie suppose généralement de faire appel à une banque qui tiendra le compte centralisateur et les comptes centralisés et mettra à disposition son système informatique de cash pooling automatisant les virements de nivellement (chacun des comptes centralisés étant remis à zéro par émission d'un virement au crédit du compte centralisateur si leur solde était positif ou par la réception d'un virement par le débit du compte centralisateur si leur solde était négatif). C'est la technique dite du ZBA ("Zero Balancing Account") qui est ici décrite, mais il existe des variantes : Le cash pooling TBA (Target Balancing Account) qui maintient les comptes centralisés créditeurs à un niveau minimum prédéfini tandis que les soldes débiteurs sont eux toujours ramenés à zéro et le cash pooling FBA ("Fork Balancing Account") où les comptes centralisés ne sont équilibrés que s'ils franchissent des seuils fixés en fonction des situations spécifiques des sociétés dont la trésorerie est centralisée. À noter également que le présent article ne présente pas l'autre forme de mutualisation de trésorerie qu'est le cash pooling dit notionnel faute d'application pratique d'un tel dispositif au sein d'un GHT

Il est toutefois également possible (mais non sans inconvénients pratiques et de coûts) de se passer des services d'une banque en recourant à des logiciels spécialisés qui vont s'interfacer avec les systèmes de banque électronique des banques teneuses des comptes pour déclencher automatiquement les virements de nivellement selon des paramètres prédéfinis.

Les cash pooling s'accompagnent très souvent d'une ligne de découvert bancaire au niveau du membre centralisateur pour couvrir l'éventuel solde net négatif de l'ensemble.

Cette forme ultime de centralisation de trésorerie au sein d'un groupe de sociétés peut encore être complétée par la centralisation des flux qui, avec le contrôle central des paiements, et éventuellement des encaissements de chacune des sociétés centralisées mis à la charge de la société centralisatrice convertit celle-ci en "centre de service de paiements" chargé de confectionner les fichiers de paiement des entités participantes et de les valider après réception de leur "bon à payer".

Il est même possible d'aller plus loin dans la centralisation des soldes et des flux en faisant de la société centralisatrice une véritable centrale de paiement (et aussi le cas échéant d'encaissement).

Dans ce schéma, la société centralisatrice paie et encaisse au nom et pour le compte de chacune des sociétés centralisées ce qui permet de supprimer les échelons locaux de gestion de trésorerie des différentes sociétés centralisées. Celles-ci se limitant à retracer comptablement leurs paiements et leurs encaissements sans plus avoir à les gérer.

Qu'il s'agisse de centraliser la trésorerie, ou de centraliser la trésorerie et les flux de paiement et/ou d'encaissement il faudra dans tous les cas que soit conclu sur un plan bilatéral, ou, comme c'est le plus souvent le cas sur un plan multilatéral, un protocole de gestion centralisée intra-groupe qui réunira l'ensemble des sociétés participantes et la société pivot pour donner à cette dernière les informations et les pouvoirs qui lui seront nécessaires pour faire fonctionner un tel dispositif.

Ce protocole de gestion centralisé intra-groupe devra contenir un certain nombre de clauses-type descriptives des modalités des opérations de centralisation, de la rémunération des prêteurs et des services de centralisation (et symétriquement du coût des avances reçues par les emprunteurs).

Ces conventions doivent être rédigées de façon à équilibrer les obligations respectives des différentes parties (en particulier pour les taux d'intérêt pratiqués qui doivent respecter le principe de libre concurrence des prix de transfert) et pour éviter tout risque de confusion de patrimoine, d'acte anormal de gestion ou a fortiori d'abus de biens sociaux. Ce protocole de gestion de trésorerie intra-groupe sera complété en cas d'utilisation des services de cash pooling d'une banque d'une convention de centralisation automatique de trésorerie à conclure entre cette banque, la société pivot et les différentes sociétés centralisées pour le fonctionnement du système de cash pooling utilisé.

Ces différents aspects et ces avantages évidents de la mutualisation de la trésorerie des groupes de sociétés ont-ils été présents à l'esprit des rédacteurs de la loi n° 2019-774 du 27 juillet 2019 qui a permis une telle mutualisation de la trésorerie des membres des GHT via son article 37 portant création de l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique ?

La mutualisation de trésorerie au sein des GHT : une bonne idée mais peu mise en pratique

Il est évident que c'est le modèle des mutualisations de trésorerie au sein des groupes de sociétés qui a inspiré les rédacteurs de ce qui est devenu l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique :

Article L. 6132-5-1 : Les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :

1. Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code;
2. Elaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 ;
3. Conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement.

En effet, l'étude d'impact citée dans le rapport du sénat sur le projet de loi indique que cette mutualisation de trésorerie a pour objectif de permettre la mise en place, soit « d'un système de gestion centralisée de la trésorerie (« cash pooling ») au sein des groupements hospitaliers de territoire », soit d'un système plus léger, inspiré des prêts et avances des collectivités territoriales, permettant des avances de trésorerie ponctuelles et infra-annuelles entre les établissements membres via l'établissement support ». Ce même rapport précise que cette possibilité nécessite « de faire entrer cette mission dans le champ de compétences des établissements publics de santé » et a d'abord pour but « de compenser des mouvements d'activité internes au groupement, ainsi que d'en sécuriser et professionnaliser la gestion » [afin de] « notamment rendre possible la mise en place soit d'un système de gestion centralisée de la trésorerie soit d'un système plus léger, inspiré des prêts et avances des collectivités territoriales, permettant des avances de trésorerie ponctuelles et infra-annuelles entre les établissements membres ».

On voit ainsi que cette mutualisation de la trésorerie des membres des GHT issue de la loi du 27 juillet 2019 s'est ouvertement inspirée de ce que font les groupes de sociétés dès lors que sont explicitement mentionnés :

- les différentes formes qu'une centralisation de trésorerie peut prendre : avances ponctuelles ou vrai système de « cash pooling »; et
- les avantages à en retirer en termes d'équilibrage des ressources et des besoins, d'intégration des membres du GHT et de professionnalisation de la gestion financière.

En revanche, et assez curieusement, les avantages financiers en termes de réduction des coûts et de rendement des placements, qui sont déterminants pour la mise en place de ces dispositifs dans les groupes de sociétés, ne sont pas évoqués dans les sources consultées (étude d'impact et rapports parlementaires).

Si la mutualisation de la trésorerie des membres des GHT a donc été rendue légalement possible depuis 2019, le fait est toutefois qu'elle semble être très peu pratiquée.

Les rapports publiés sur les GHT (le rapport de la Cour des comptes d'octobre 2020, de même que le rapport parlementaire d'information n° 4814 déposé le 15 décembre 2021 par MM. Marc Delatte et Pierre Dharréville), n'en disent rien. Quant au rapport de l'IGAS de décembre 2019 sur les GHT (RAPPORT IGAS N°2019-034R) il dit que ce dispositif est « anecdotique », même s'il est vrai qu'à sa date (comme d'ailleurs aux dates respectives des rapports précités) le dispositif légal était tout récent.

À notre connaissance, ces constats assez anciens sont toujours d'actualité. Rien ne montre l'adoption par de nombreux GHT d'un tel dispositif. Au contraire, les retours d'expérience partagés lors de colloques ou publiés dans des revues hospitalières (comme celles de la Fédération Hospitalière de France ou d'éditeurs spécialisés en finances hospitalières) mettent en lumière plusieurs points d'achoppement :

Sa complexité technique et partenariale : Pour mettre en place le dispositif, il faut non seulement l'accord de l'ARS (voir ci-après), mais également définir une convention de mutualisation complexe. Des retours de directeurs financiers de GHT soulignent que si la mutualisation de trésorerie est parfois « évoquée », elle est rarement jugée comme « la » solution prioritaire par rapport à d'autres leviers (achats groupés, convergence des systèmes d'information financière).
Le manque d'excédents généralisé : Un témoignage récurrent des gestionnaires d'hôpitaux est purement pragmatique : pour mutualiser de la trésorerie, encore faut-il qu'un ou plusieurs établissements du groupement disposent d'excédents structurels à placer ou à prêter. Or, face à la dégradation globale de la situation financière des hôpitaux publics, la majorité des établissements souffrent simultanément de tensions de trésorerie, limitant de fait la capacité d'entraide territoriale.
La crainte de la perte d'autonomie. Facteur qui est certainement le plus déterminant et pourtant le moins pertinent comme on le verra par la suite.
Examinons ces facteurs de blocage l'un après l'autre, en commençant par la complexité du dispositif.

Si le texte de l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique ne subordonne sa mise en place qu'à une autorisation préalable du directeur de l'ARS donnée - ou pas - en fonction de «l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties », le décret d'application pris en Conseil d'État et qui a donné lieu à l'article R. 6132-19-1 dudit code a, lui, multiplié les chicanes et les délais... Un esprit malin y verra-t-il une manifestation de l'hostilité de la technostructure à ce dispositif, dont témoignait dès 2015 le rapport parlementaire de Mme Biémouret ?

L'autorisation préalable requise est en effet subordonnée à une demande de tous les directeurs des établissements parties du groupement, en concertation avec les directoires, et à l'avis favorable du comité stratégique du groupement. Et cette demande doit être motivée et accompagnée du plan prévisionnel de trésorerie et du plan global de financement pluriannuel mis à jour des établissements du groupement. C'est un bon début....

Mais ce n'est pas fini, car avant de répondre à une telle demande, le directeur général de l'agence régionale de santé doit solliciter l'avis du directeur départemental ou régional des finances publiques territorialement compétent, lequel se prononcera dans un délai de quinze jours. Et si le directeur général de l'ARS ne répond pas à la demande d'autorisation dans un délai d'un mois, cette absence de réponse vaudra refus d'autorisation.
Et, une fois cette autorisation donnée, encore faut-il comprendre qu'elle n'est que de principe...

Car s'ouvre alors un délai de six mois (maximum!) pour l'élaboration d'un projet de convention entre les établissements et le directeur départemental ou régional des finances publiques territorialement compétent. Lequel projet devra encore, avant sa signature, être approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui se prononce dans un délai d'un mois....
Pour le cas où cet aréopage souffrirait de déficience cognitive collective et donc si d'aventure personne n'avait été capable d'y penser, le décret n'oublie pas de préciser que cette convention doit déterminer les conditions de réalisation des opérations de trésorerie, l'organisation et les moyens mis en œuvre par chacune des parties.

Dans la même veine infantiliste, les rédacteurs du décret ont aussi tenu à préciser que cette convention devra notamment prévoir :

1. L'organisation des opérations de trésorerie et les modalités de leur remboursement (bis repetita) ;
2. Les modalités de suivi et de présentation d'un bilan financier annuel correspondant aux engagements des parties (comme si les comptes annuels des établissements ne suffisaient pas à retracer les opérations effectuées...) ;
3. Les modalités de révision, de reconduction et de résiliation anticipée de la convention.

Enfin, pour être certain que tout reste sous contrôle, est donné au directeur général de l'agence régionale de santé le pouvoir de mettre fin au dispositif de mise en commun des disponibilités s'il constate des manquements ou des dysfonctionnements dans la mise en œuvre du dispositif tel que défini par la convention, ou s'il estime que la situation des établissements parties le nécessite...

Voilà qui est encourageant n'est-ce pas ?

Mais il y a une lueur d'espoir au fond de ce labyrinthe bureaucratique. Si des directeurs persévérants persistent à vouloir faire usage du dispositif l'instruction comptable M21 a bien prévu de créer des comptes spécifiques pour retracer ces flux au cas où ils viendraient quand même à se produire :

Le compte 5195 « Mutualisation de trésorerie entre membres d'un GHT – avances reçues ».
Le compte 551 « Mutualisation de trésorerie entre membres d'un GHT – avances versées ».
Si la complexité de la rédaction de la convention de mutualisation ne doit pas être exagérée (un avocat au fait des conventions de centralisations de trésorerie intra-groupe de sociétés et des contrats de prêt intra-groupe pourra assez facilement les adapter au contexte des membres d'un GHT), une autre difficulté possible est qu'il n'est pas garanti que les trésoreries publiques soient équipées informatiquement et techniquement pour proposer aux établissements les mêmes services automatisés de cash pooling que les banques commerciales avec la réalisation de virements automatiques de nivellement des positions des comptes des différents participants.

Or le dispositif tel qu'il a été conçu permet seulement des mouvements de comptes du Trésor à comptes du Trésor car il ne déroge pas à l'obligation de dépôt des fonds auprès du Trésor résultant de l'article 6145-8-1 du code de la santé publique. Il est donc impossible de recourir aux services techniques de cash pooling proposés par les banques et qui eux existent et sont parfaitement au point.

Faute de dispositif technique adapté il est très difficile de faire fonctionner un véritable système de cash pooling. En réalité, si les virements de compte à compte doivent être faits manuellement, un vrai dispositif automatique de cash pooling est hors de portée et seules des avances de fonds ponctuelles sous forme de prêt « intra-GHT » sont réalisables.

À ces obstacles juridiques et techniques, et à la difficulté pour beaucoup d'établissements de dégager des excédents de trésorerie (même si certains d'entre eux ont parfois des trésoreries pléthoriques et improductives, ce qui n'est pas du tout un signe de bonne gestion...) s'ajoute la crainte de la perte d'autonomie qui a aussi contribué à limiter la portée de la mutualisation des services et des fonctions au niveau des GHT (au-delà de la simple fonction d'achats) comme l'ont bien mis en évidence les rapports précités de la Cour des comptes, des parlementaires Delatte et Dharréville et de l'IGAS.

Dans de nombreux GHT des directeurs d'établissement sont plus que réticents à céder, fut-ce sous forme d'avances remboursables rémunérées, le contrôle de leurs disponibilités par crainte de perdre leurs marges de manœuvre ou d'éponger les dettes du voisin.

On retrouve ici l'approche moralisante des opposants à ce dispositif : la fourmi, c'est bien, la cigale, c'est mal et celui qui a de l'argent ne doit surtout pas le prêter à celui qui en a besoin.
On peut dire que tant que chaque établissement est juridiquement et comptablement responsable de sa propre gestion devant l'Agence Régionale de Santé (ARS), la solidarité financière et le partage de trésorerie seront davantage perçus comme un risque managérial majeur plutôt que comme un levier d'efficience.

Beaucoup de directions d'établissements veulent ainsi rester seules maîtres de leur trésorerie, et ne pas dépendre du voisin que ce soit en tant que prêteur ou en tant qu'emprunteur. A fortiori si l'emprunteur est l'établissement support du GHT, ce qui sera souvent le cas. La mutualisation financière est ainsi bloquée par la crainte d'une « satellisation » ou d'une absorption des ressources des petits établissements par le centre. Et faute d'outils de gouvernance partagée jugés sécurisants par les établissements périphériques, les transferts de disponibilités ou les mécanismes de centralisation financière sont empêchés afin de préserver une autonomie locale, même si celle-ci est illusoire.

Mais les faits sont têtus :

- ne pas obtenir de rémunération de sa trésorerie improductive,
- payer plus cher des financements bancaires difficiles parfois à obtenir,
- consacrer des ressources rares et chères à une gestion de trésorerie individuelle au lieu de la confier à une équipe dédiée qui mutualiserait la gestion de la trésorerie des différents membres du GHT et s'y consacrerait de façon professionnelle
- rechercher ainsi des économies d'échelle et les moyens de réduire les besoins en fonds de roulement, ce n'est pas de la bonne, mais de la mauvaise gestion.

Et si des centaines de groupes de sociétés tant en France qu'à l'étranger, tous très bien gérés et très bien notés par les agences de rating pratiquent au quotidien le cash pooling c'est bien qu'ils le font de façon rationnelle et pragmatique et qu'ils voient les avantages multiples qu'ils en retirent...

On notera ici que l'absence de personnalité morale du GHT n'est pas le problème.

Les groupes de sociétés n'ont, pas plus que les GHT, de personnalité morale.

En revanche il est vrai qu'existe en leur sein ou au-dessus d'eux un membre ou un actionnaire qui peut imposer ses vues et qui peut jouer le rôle d'animateur et de contrôleur de gestion et le cas échéant de « prêteur en dernier recours » dont a besoin un dispositif de centralisation de trésorerie pour fonctionner convenablement.

En effet, il faut que l'organisateur, et a fortiori le pivot de la centralisation de trésorerie ait non seulement un droit de regard sur la gestion de trésorerie des différents participants, mais encore une capacité d'imposition de certaines opérations pour le bien commun de l'ensemble des participants.
Alors que dans un GHT et c'est une différence substantielle par rapport à un groupe de sociétés dans lequel la société mère a la capacité d'imposer des décisions à ses filiales, mais est aussi tenue de répondre envers elles de sa gestion du si positif, il n'y a pas de « primus inter pares » ni a fortiori de membre dominant. Ce qui en tient lieu, l'établissement support, n'ayant en réalité pas d'autre droit que celui de gérer les fonctions et activités mutualisées pour le compte des autres parties sans pouvoir influencer leur gestion.

Les règles de gouvernance des GHT sont donc mal adaptées au bon fonctionnement d'un tel dispositif sauf s'il y a une forte volonté collective d'intégration complète des membres et une bonne compréhension des enjeux et des avantages à en retirer. Ce qui fait souvent défaut.

Faut-il pour autant se résigner et renoncer à mettre en œuvre ce dispositif ?

Il est permis de penser que non. Ses avantages en termes de coût ou de rendement financiers sont certains, de même que le sont les améliorations de la gestion de la trésorerie des établissements et les économies d'échelle permises par la création d'une structure commune dédiée au sein des établissements supports.

Quant aux inconvénients : perte d'autonomie, risques financiers pris par les prêteurs, ils peuvent être facilement réduits via une rédaction appropriée de la convention de mutualisation prévoyant des sanctions financières, des garanties, et des mécanismes d'exclusion temporaire ou définitive du dispositif de centralisation.

Le risque financier doit, de plus, être apprécié, à sa juste mesure : les membres d'un GHT sont des établissements publics et le risque pris est donc celui du risque « État ». Bien des risques financiers inconsidérés ont été pris par certains établissements sur des structures privées sans donner lieu à de tels atermoiements....

Même si le dispositif est complexe, même si beaucoup de GHT sont trop petits ou trop hétérogènes pour qu'un dispositif de mutualisation ou de centralisation de trésorerie fonctionne de façon optimale, il y a certainement de nombreux GHT qui devraient réexaminer cette question et comprendre qu'il est de leur intérêt collectif, mais aussi de celui individuel de leurs membres, d'utiliser cette possibilité pour améliorer leur financement et leur gestion.



GHT et autorisations : dix ans après, tout reste à faire


Me Nicolas Porte

Dix ans après leur création, le bilan des GHT en matière de structuration de l'offre de soins est globalement décevant. Malgré les possibilités offertes par la loi, la création des GHT n'a pas entraîné de transferts d'activités entre les établissements membres des groupements, ni de recomposition majeure de l'offre de soins hospitaliers. L'assouplissement du cadre juridique des autorisations pour permettre aux établissements membres d'un GHT d'organiser sans contraintes excessives l'exploitation de leurs activités de soins permettrait de les inciter à s'engager dans une dynamique d'offre de soins intégrée.

Héritiers des communautés hospitalières de territoire, les groupements hospitaliers de territoire, créés par la loi du 26 janvier 2016 avaient pour ambition, selon les mots de la ministre de la santé de l'époque, Marisol Touraine, d'inscrire les établissements publics de santé dans « une stratégie de groupe (...) pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire ». Pour la ministre, l'objectif était que chaque Français ait « les mêmes chances de bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu'il pousse la porte d'un hôpital ».

Toutefois, l'ambition affichée d'une modification structurelle de l'offre de soins publique ne s'est pas traduite par une modification substantielle du droit des autorisations sanitaires. Et dix ans après leur création, les GHT n'ont eu que des effets limités sur la gestion par les établissements publics de santé de leurs activités de soins et plus largement, sur l'organisation territoriale de l'offre.

Les GHT ont donné lieu à de simples aménagements au droit commun des autorisations sanitaires

La création des GHT n'a pas eu d'incidence majeure sur le droit des autorisations sanitaires en ce qu'il n'y a pas eu de création d'un régime d'autorisation propre au GHT. Le législateur s'est contenté d'introduire dans l'ordonnancement juridique quelques aménagements au régime de droit commun.

• Les transferts d'activités

La possibilité de réaliser des transferts d'activités entre établissements de santé parties à un même GHT est inscrite dans l'objet même du groupement ; elle fait en quelque sorte partie de son ADN.

L'article L. 6132-1 du CSP dispose ainsi que :

> « II.- Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».

Cette possibilité de transfert d'activités n'est pas nouvelle car elle existait déjà sous une forme similaire pour les communautés hospitalières de territoire (cf. article L. 6132-4 dans sa version issue de loi n° 2009-879 du 21/07/2009).

Par transferts d'activités, il faut entendre soit des transferts juridiques (cessions d'autorisations entraînant un changement de titulaire), soit des transferts géographiques (changements de lieu d'implantation).

Les textes prévoient que les éventuels transferts d'autorisations doivent être inscrits dans la convention constitutive du GHT (article L. 6132-2 II 3° du CSP) et que l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS vaut confirmation et changement de lieu d'implantation des autorisations sanitaires dont la convention constitutive prévoit la cession et/ou le transfert géographique.

L'approbation du transfert par l'autorité de tutelle se fait selon une procédure simplifiée.

La demande de cession est faite auprès du directeur général de l'ARS sur la base d'un dossier notablement allégé, dont le contenu est fixé à l'article R. 6132-24 du CSP, et l'avis préalable de la commission spécialisée de l'offre de soins n'est pas requis.

Entre autres allègements par rapport au contenu du dossier de droit commun, l'établissement cessionnaire est dispensé d'établir que le projet de reprise ou de changement de lieu d'implantation de l'activité de soins ou de l'équipement matériel lourd est en adéquation avec les objectifs du schéma régional de santé.

L'article R. 6132-24 du CSP ajoute que : « Le directeur général de l'agence régionale de santé ne peut rejeter la demande que si le dossier présenté fait apparaître des modifications qui seraient de nature à justifier un refus d'autorisation en application de l'article R. 6122-34 ou qui seraient incompatibles avec le respect des conditions et engagements auxquels avait été subordonnée l'autorisation considérée ».

Il suffit, en somme, à l'établissement cessionnaire, pour obtenir l'accord de l'ARS, de prendre l'engagement de poursuivre l'exploitation de l'activité transférée dans le respect de l'autorisation initiale et des conditions d'implantation et techniques de fonctionnement fixées par la règlementation. Même si théoriquement, l'ARS peut refuser la demande de cession ou de transfert géographique sur l'un quelconque des motifs de rejet énumérés à l'article R. 6122-34 du CSP, l'on voit mal comment l'agence pourrait refuser la demande au motif que le projet ne répondrait pas aux besoins de santé de la population ou serait incompatible avec les objectifs du schéma régional de santé puisque le demandeur n'est tenu de fournir aucun élément justificatif sur ces deux points.

Le contrôle des transferts « intra GHT » est d'autant plus allégé que les instances de démocratie sanitaire ne sont consultées, ni sur les demandes de transfert, ni sur l'approbation des conventions constitutives de groupement, dans lesquelles ces transferts sont inscrits.

Force est de constater que les aménagements apportés par la loi du 24 janvier 2016 et ses décrets d'application sont véritablement dérogatoires au droit commun.

• L'organisation de l'imagerie médicale

L'article L. 6132-3 du CSP dispose que : « 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 interétablissements (...) ».

Dans ce cadre, des transferts juridiques et/ou géographiques d'activité d'imagerie médicale ou de radiologie interventionnelle peuvent être réalisés dans les conditions décrites ci-dessus.

Il semble que dans l'esprit du législateur, l'organisation des activités d'imagerie médicale au sein du GHT doit prévaloir en première intention sur d'autres formes de coopération. L'article L. 6122-15 du CSP relatif aux plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) prévoit ainsi que la participation d'un établissement public de santé à un PIMM n'est possible qu'à titre subsidiaire, lorsque l'organisation commune des activités d'imagerie médicale au sein du GHT ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire :

> « Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au groupement mentionné à l'article L. 6132-1, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du III de l'article L. 6132-3 ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention mentionnée à l'article L. 6132-2 »

• L'avis préalable du comité stratégique lors du dépôt d'une demande initiale d'autorisation par un membre du GHT.

L'article R. 6122-32 2° du CSP prévoit que lorsqu'un établissement membre d'un GHT entend déposer une demande initiale d'autorisation, il doit solliciter l'avis du comité stratégique du groupement.

En l'absence de précision du texte, il s'agit d'un avis simple, de sorte que même s'il est négatif, il ne peut empêcher l'établissement concerné de déposer sa demande. De la même manière, un avis négatif du comité stratégique ne peut justifier un refus de la demande d'autorisation par l'ARS, puisqu'il ne figure pas parmi les motifs de refus d'autorisation énumérés à l'article R. 6122-34 du CSP.

En revanche, l'absence d'avis constitue un motif d'irrecevabilité de la demande du fait de l'incomplétude du dossier. En effet, l'avis du comité stratégique figure parmi les éléments devant figurer dans le dossier de demande initiale d'autorisation, dont le contenu est fixé par l'arrêté du 21 juillet 2021. En l'absence de ce document, les services de l'ARS sont, en principe, tenus de déclarer la demande irrecevable, en application de l'article R. 6122-32 du CSP.
Dans les faits, un établissement public de santé ne peut aujourd'hui obtenir une nouvelle autorisation sans l'aval de son GHT, car on imagine mal l'ARS faire droit à une demande d'autorisation qui serait incompatible avec le PMP et à laquelle le GHT ne serait pas favorable.

• La coordination avec les structures d'HAD extérieures au GHT

Enfin, même s'il ne s'agit pas de dispositions touchant directement le droit des autorisations, on notera que les établissements d'HAD, quel que soit leur statut, sont associés à l'élaboration des projets médicaux partagés des GHT situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires (article L. 6132-1 VI du CSP). Ces dispositions visent à assurer une gradation des soins effective sur l'ensemble du territoire du GHT, y compris sur les zones où les établissements parties au groupement ne peuvent intervenir du fait de la territorialisation de l'activité d'HAD.

Le faible impact des GHT sur la gestion des autorisations et la structuration de l'offre de soins

S'agissant des transferts d'activités « intra GHT », les facilités offertes par la législation semblent avoir eu un succès pour le moins limité puisque les divers rapports d'étape et enquêtes établis depuis 2016 (Parlement, IGAS, Cour des comptes) n'ont pas relevé l'existence de transferts d'autorisations entre établissements membres d'un même GHT.
Ces rapports semblent au contraire converger sur le constat que les GHT n'ont, dans l'ensemble, pas entraîné de recomposition majeure de l'offre de soins hospitalière et n'ont pas corrigé ses faiblesses structurelles, certains GHT n'offrant pas « le panier de soins minimal attendu », établi par l'IGAS dans son « bilan d'étape » de novembre 2019.

Selon la Cour des comptes, (rapport d'octobre 2020) près de la moitié des GHT ne proposent pas d'activité d'hospitalisation à domicile et 20% d'entre eux ne comportent pas d'activité de psychiatrie. S'agissant de la prise en charge des pathologies graves et urgentes, 20% ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire (UNV) et 30% sont dépourvus d'un plateau technique d'angioplastie.
Toujours selon la Cour des comptes (enquête de juillet 2020 faite à la demande de la Commission des affaires sociales du Sénat), une grande majorité de GHT ont adopté un modèle dit « fédératif » (c'est-à-dire privilégiant le maintien des activités de soins en proximité dans chaque établissement), plutôt qu'un modèle intégratif, privilégiant la mutualisation des activités entre ses membres et la spécialisation concertée des établissements.

De fait, les exemples de mutualisation d'autorisations entre établissements membres d'un GHT sont rares. L'on peut citer toutefois le plateau mutualisé d'imagerie médicale du GHT Touraine-Val de Loire, initialement constitué en 2021 entre le CHU de Tours et le centre hospitalier de Loches, et qui s'est, depuis, étendu au CHU d'Orléans, qui intervient en télé-radiologie imagerie pédiatrique.
Contraints par la loi d'adhérer à un GHT, les établissements publics de santé ont, dans l'ensemble, fait montre d'une grande prudence et d'un faible enthousiasme lorsqu'il s'est agi de donner une traduction concrète à cette nouvelle forme de coopération hospitalière.

Comme l'a souligné la Cour des comptes dans son enquête :

« « Les projets médicaux partagés (PMP), qui déterminent les orientations stratégiques du GHT pour la période 2017-2022, ne sont pas de nature à modifier fondamentalement la nature des liens entre établissements préalables à la réforme de 2016. En effet, les collaborations qu'ils prévoient ont une nature très largement fédérative, comportant peu de rapprochements organiques (fusions d'équipes ou d'établissement, pôles inter-établissements, regroupements d'activités) et une quasi-absence de projets de restructuration de l'offre de soins. Sur le plan médico-technique, l'attentisme semble la règle. Rares sont les initiatives visant à constituer des laboratoires, des pharmacies ou des services d'imagerie de territoire. Dans la plupart des cas, les causes ont une dimension à la fois juridique, financière, technique et statutaire. Seules les activités médico-administratives, dont l'intégration est exigée par la loi, ont fait l'objet de démarches plus significatives mais qui restent encore inabouties » »

En d'autres termes, le grand chambardement des activités de soins n'a pas eu lieu. La crainte que la mutualisation territoriale des moyens de santé, au sein des GHT « ne favorise à terme l'attrition – voire la disparition – des structures territoriales de proximité en faveur des établissements support » ne s'est pas matérialisée, mais pour les magistrats de la rue Cambon : « les GHT n'ont pas eu d'impact significatif sur l'offre et la consommation de soins ».

Quelles sont les raisons de ce bilan globalement décevant ?

La Cour des comptes identifie notamment le sous-dimensionnement d'un nombre important de GHT, qui ne disposent pas des moyens, de la taille critique et du bassin de population suffisants pour pouvoir mettre en œuvre une véritable gradation des soins sur leur territoire. Autre cause identifiée, les orientations des projets médicaux partagés qui, selon la Cour, ont pour beaucoup d'entre eux retenu une approche conduisant à une dispersion de la ressource médicale avec notamment, la création d'offres de soins nouvelles dans les établissements parties.

Enfin, la principale cause mise en avant est celle de l'absence de personnalité morale du GHT qui, toujours selon la Cour, complexifie la prise de décision au sein des groupements et fait obstacle à une véritable structuration territoriale de l'offre, dès lors que l'établissement de santé demeure la matrice de l'ensemble du corpus juridique structurant l'offre de soins.

Dans ce contexte, doter les GHT de la personnalité morale peut-il être le remède à leur faible efficacité sur la structuration de l'offre de soins ?

La personnalité juridique peut-elle être la voie vers un fonctionnement véritablement intégré des GHT ?

C'est en tout cas la position de l'IGAS et de la Cour de comptes qui recommandent toutes deux, lorsque cela est possible, d'encourager les établissements membres d'un même GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique.

La loi Valletoux du 27 décembre 2023 a partiellement répondu à cette recommandation en introduisant dans l'ordonnancement juridique (article L. 6132-1 du CSP) la possibilité pour les GHT de se doter de la personnalité morale, sur demande conjointe de l'ensemble des directeurs des établissements parties et sous réserve de délibérations concordantes des conseils de surveillance et des conseils d'administration.

En application de l'article L. 6132-5-2 du CSP, les établissements de santé parties aux GHT constituent alors un groupement de coopération sanitaire qui se substitue à l'établissement support et exerce l'ensemble des missions de celui-ci, par le truchement de l'administrateur du GCS. Par dérogation à l'article L. 6133-7, le GCS ainsi constitué n'est pas érigé en établissement de santé, dans l'hypothèse où il devient titulaire d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins.

La faculté pour le GHT de se doter de la personnalité juridique favorisera-t-elle une meilleure gradation de l'offre de soins hospitalière à l'échelle de son territoire ?

Il est permis d'en douter.

Comme on l'a vu, les établissements membres des GHT n'ont pas souhaité faire usage de la possibilité de se transférer leurs autorisations pour diverses raisons. La première d'entre elles, à notre sens, est que l'autorisation est un élément de souveraineté et d'identité pour chaque établissement de santé. Transférer une autorisation à un autre établissement, fût-ce au nom d'une meilleure organisation de l'offre de soins, est perçu par beaucoup (à commencer par la population et les élus locaux) comme un abandon et un renoncement à exercer certaines missions de service public en proximité. Il est donc probable que les établissements publics de santé, tant qu'ils continueront d'être autonomes et d'avoir un ancrage local, ne souhaiteront pas plus transférer leurs autorisations à un établissement voisin qu'à une structure tierce, quand bien même ils la contrôlent.

Relevons à cet égard que les GCS titulaires d'autorisations n'ont jamais rencontré le succès. Sur les quelque 600 GCS créés depuis 30 ans, seulement une vingtaine sont porteurs d'autorisations d'activité de soins.

Le transfert d'autorisation a un caractère définitif qui dissuadera toujours la plupart des établissements à franchir le pas. Le fait que les GCS, supports juridiques des GHT, soient dispensés du statut encombrant d'établissement de santé, constitue certes une avancée par rapport au droit antérieur, mais qui ne nous semble pas décisive.

Pour inciter les EPS à mutualiser leurs activités de soins, sans se départir de leurs autorisations, une piste consisterait à assouplir le droit des autorisations pour permettre aux établissements membres d'un même GHT de constituer un GCS territorial d'activités de soins, sur le même mécanisme que le GCS exploitant, mais sans la contrainte du site unique d'exploitation. Cette forme de coopération, plus souple et moins engageante que la création d'un établissement public de santé territorial, que l'IGAS appelle de ses vœux, serait particulièrement adaptée pour permettre aux établissements de structurer véritablement des pôles inter-établissements, sans être contraints de fusionner.

Dix ans après leur création, le bilan des GHT en matière de structuration de l'offre de soins publique est globalement décevant. Leur mise en place en 2016, à marche forcée et sous la contrainte, s'est avérée contreproductive. La crainte d'être fragilisés, voire phagocytés, par l'établissement support a conduit de nombreux établissements de santé à mettre en œuvre la réforme dans les conditions minimales imposées par la loi (PMP peu intégratifs, fonction achats, coordination des instituts de formation paramédicale), sans pleinement s'engager sur la voie d'une meilleure structuration territoriale de l'offre de soins publique, ce qui était pourtant l'une des principales ambitions de la loi du 26 janvier 2016.

L'assouplissement du cadre juridique des autorisations, pour permettre aux établissements publics de santé parties à un GHT d'organiser sans contraintes excessives ni transferts juridiques ou fusions forcées, l'exploitation de leurs activités de soins sur un territoire donné serait sans doute de nature à les inciter à s'engager dans une dynamique d'intégration de leurs offres de soins.



Le GHT doit-il devenir le cadre de référence de la coopération ville-hôpital ?



Me Axel Véran

Le GHT : un outil conçu pour organiser l'hôpital public

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a profondément remodelé l'organisation hospitalière en instituant les groupements hospitaliers de territoire (GHT), conçus pour dépasser les concurrences entre établissements publics et porter une stratégie commune de prise en charge des patients à l'échelle d'un territoire. Dans le même mouvement, les agences régionales de santé (ARS) ont reçu mission de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis et d'organiser les parcours de santé.

Cette réforme s'inscrivait ainsi dans la logique de politique territoriale, fondée sur l'idée que l'organisation de l'offre de soins doit être pensée à l'échelle des territoires, en tenant compte de leurs besoins, de leurs ressources et des complémentarités entre les différents acteurs.

Les GHT devaient devenir l'un des instruments de cette politique territoriale, structurés autour d'un établissement support et chargés d'ordonner l'offre publique de soins tout en tissant le maillage avec le premier recours. Mais l'hôpital public n'est ni l'alpha ni l'oméga du territoire : il doit se coordonner avec la ville, non s'y substituer ni la concurrencer.

Cette articulation avec les professionnels de ville, qu'ils interviennent dans le premier ou le second recours, est indispensable. À défaut, l'un des deux objectifs majeurs assignés aux GHT par le deuxième alinéa de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — garantir une offre de proximité ainsi que l'égal accès à des soins sécurisés et de qualité — demeurerait lettre morte, de même que l'ambition d'une véritable territorialisation du système de santé fondée sur une responsabilité populationnelle.

Cette territorialisation ne saurait toutefois conduire à conférer aux GHT une vocation qui n'est pas la leur. Ils n'ont été ni conçus ni organisés pour constituer le cadre institutionnel de l'ensemble des coopérations entre les acteurs d'un territoire. Leur finalité demeure celle d'un outil de coordination entre établissements publics de santé.

La coopération ville-hôpital obéit à une logique différente

Les coopérations entre établissements de santé et médecine de ville procèdent avant tout de besoins repérés localement, d'une connaissance fine des acteurs et d'une capacité à inventer des réponses ajustées aux réalités d'un bassin de vie.

Cette logique se décline selon des formes très diverses, qui illustrent toutes une même capacité d'adaptation aux besoins des territoires.

• Co-construction de « Pôles santé de premier recours » ville-hôpital

Plusieurs territoires ont ainsi développé des pôles de santé associant établissements publics et professionnels libéraux autour d'une organisation coordonnée des soins de premier recours.

Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais : né de la volonté et de l'engagement de quelques acteurs, parmi lesquels le Dr Pascal Gendry, aujourd'hui coprésident d'AVECsanté, et Mme Ravaillaut, alors directrice de l'hôpital, le Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais réunit le Centre Hospitalier Local du Sud-Ouest Mayennais, la Mutualité Française Anjou Mayenne et une soixantaine de professionnels de santé libéraux (médecins et paramédicaux), dont une partie exerce au sein même du site hospitalier dans le cadre d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

Son organisation repose sur une prise en charge coordonnée et graduée des patients, sans distinction entre les secteurs public et privé. Précurseur du rapprochement entre la ville et l'hôpital, ce dispositif a notamment été salué par la Cour des comptes pour son caractère innovant.

Pôle de Santé de Quingey : le Pôle de Santé de Quingey s'inscrit dans une dynamique similaire. Animée par la volonté de garantir aux patients une offre de soins de premier recours de proximité, complète et pérenne, la direction de l'établissement, représentée par Laurence Arbey, directrice, et Valéry Champy, a porté un projet structurant de rapprochement entre la ville et l'hôpital.

Ce projet, qui associe des volets médicaux et immobiliers, s'est notamment concrétisé par l'implantation d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) sur le site hospitalier, réunissant plusieurs professionnels de santé libéraux. Cette organisation favorise une prise en charge coordonnée et garantit aux habitants un accès durable à une offre de soins de premier recours de proximité.

Axanté : anciennement Soigner ensemble dans le Bessin, le groupement de coopération sanitaire (GCS) Axanté est né de la vision commune de deux précurseurs, Alain Quinquis, alors directeur de l'hôpital de Bayeux, et le Dr Paul Le Roquais, radiologue. Tous deux partageaient l'ambition de créer un espace commun réunissant l'hôpital, les cabinets médicaux et les établissements médico-sociaux, afin de structurer un réseau de soins ouvert à l'ensemble des acteurs de santé du Bessin et du Bocage.

Créé il y a plus de vingt-deux ans, Axanté est aujourd'hui une plateforme sanitaire et médico-sociale de référence sur son territoire. Elle fédère de nombreux dispositifs et services, parmi lesquels l'Hospitalisation à domicile (HAD), la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), l'Équipe mobile territoriale de soins palliatifs (EMTSP), le Dispositif d'appui à la coordination (DAC), l'Équipe mobile gériatrique de proximité (EMGD) et la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), illustrant un modèle intégré de coopération territoriale.

• Installation sur le site hospitalier de centres de soins non-programmés privés ou public-privés

Lorsqu'il s'agit de répondre à la demande croissante de soins, la coopération entre la ville et l'hôpital peut également se traduire par le développement de structures dédiées aux soins non programmés. Ces dispositifs permettent, dans une logique de coopération, d'apporter une réponse adaptée à l'urgence ressentie par les patients tout en recentrant l'hôpital sur ses missions propres.

L'offre de consultations non programmées existe et est déjà largement organisée par les acteurs de ville :

En période de PDSA, par les maisons médicales de garde et par les différentes émanations SOS Médecins
En période de continuité des soins, à SOS Médecins s'ajoutent les MSP et les CPTS qui ont conclu l'accord conventionnel interprofessionnel et qui, pour bénéficier des dotations, doivent organiser la réponse aux demandes de soins non programmés du territoire, en particulier les demandes de soins médicaux adressées par les régulateurs du SAS
Toutefois, la méconnaissance des dispositifs existants entraîne le déplacement spontané de nombreux patients, qui s'exonèrent de la régulation médicale, au sein des services d'urgences, alors même que leurs maux ne relèvent ni de l'urgence vitale, ni de la petite traumatologie (que les PASI peuvent prendre en charge) et ne commandent qu'une consultation de médecine générale.

Plusieurs établissements publics de santé, en coopération avec des professionnels de santé libéraux, se sont ainsi engagés dans la constitution ou permettent l'installation, sur le site hospitalier, de centres de soins non-programmés. Outre les pôles santé susvisés, qui peuvent naturellement répondre aux demandes de soins non-programmés mais dont ce n'est pas la vocation première, peuvent ainsi être cités les centres de soins non-programmés de Houdan, celui de La Roche-sur-Yon ou encore celui de l'hôpital Necker. Ici encore, les exemples sont nombreux tant le dispositif permet :

- de réorganiser et fluidifier les parcours de soins non programmés ;
- de rationaliser et réguler les actes médicaux ;
- d'éduquer la population au bon usage du système de santé ;
- de diminuer les présentations spontanées aux urgences ;
- de renforcer l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins.

• Pérennisation d'une offre de soins de chirurgie de proximité

La coopération ville-hôpital peut également constituer un levier de maintien d'activités de soins menacées.
Ici encore, les exemples sont pluriels et peuvent être cités le pôle de santé du Villeneuvois ou encore le pôle de santé d'Orthez, qui, par la coopération entre établissements publics de santé et un collectif de praticiens libéraux, ont permis d'assurer la poursuite de l'exploitation d'activités de chirurgie après le désengagement de groupes privés.

• Création d'outils communs

Enfin, certaines coopérations dépassent l'échelle locale et se structurent à un niveau régional autour d'outils mutualisés.

À cet égard, doit être cité l'exemple Tre-Breizh, plateforme régionale de téléradiologie qui fédère les acteurs publics et privés de l'imagerie médicale bretonne. Cette coopération publique-privée vise à garantir un accès équitable à l'expertise radiologique, à renforcer la continuité des soins et à optimiser la mobilisation des ressources médicales à l'échelle de l'ensemble du territoire breton.

Structuré sous la forme d'un GCS de droit privé, le projet réunit radiologues libéraux, établissements de santé publics et privés et a été soutenu par l'ARS Bretagne, la FHF Bretagne, l'URPS Médecins Libéraux Bretagne et le GCS e-Santé Bretagne.

Il s'inscrit dans une logique de coopération régionale supra-GHT.

Au-delà de ces illustrations, le champ des coopérations possibles demeure particulièrement vaste :

- cofinancement et exploitation conjointe de plateaux techniques, notamment en imagerie et en médecine nucléaire, parfois même dans le cadre de projets médicaux territoriaux partagés, à l'instar des PIMM ;
- participation de professionnels de santé libéraux à la prise en charge des usagers du service public, via les contrats de participation aux soins régis par l'article L. 6146-2 du code de la santé publique ou les prestations médicales croisées que la constitution de groupements de coopération sanitaire autorise ;
- les coopérations qui fonctionnent présentent toutes une caractéristique commune : elles ne résultent pas d'un modèle uniforme mais sont construites en fonction des besoins du territoire, des ressources disponibles et des relations de confiance établies entre les acteurs.

Autrement dit, ce qui fait leur efficacité est précisément leur capacité d'adaptation.

La coopération ville-hôpital fructueuse relève ainsi moins d'une logique institutionnelle que d'une logique de proximité.

La construction de coopérations ne relevant pas des attributions conférées aux GHT

Sauf lorsque la coopération n'est qu'apparente et constitue en réalité un moyen de faire répondre, par un opérateur privé, à un besoin propre d'un établissement public de santé, pouvoir adjudicateur par définition, le choix de son partenaire privé échappe aux règles de la commande publique.

Le Conseil d'État l'a rappelé dans sa décision n° 427782 du 10 juillet 2020. Était en cause la légalité d'un groupement de coopération sanitaire constitué entre le centre hospitalier de Saint-Calais, titulaire d'une autorisation d'exploiter un scanner, et une SELARL de radiologues libéraux, notamment afin d'assurer la permanence de l'interprétation des examens radiologiques. Dans ce cadre, le centre hospitalier avait également conclu avec cette SELARL une convention de téléradiologie définissant les conditions de réalisation et d'interprétation des examens. Un cabinet de radiologie concurrent, s'estimant lésé, soutenait que cet ensemble conventionnel aurait dû être soumis aux règles de la commande publique.

Confirmant l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes (CAA Nantes, 7 décembre 2018, n° 17NT02361), le Conseil d'État a écarté cette analyse. Il relevait que le GCS avait pour objet de faciliter et de développer l'activité d'imagerie médicale de ses membres par la mise en commun des équipements du centre hospitalier afin de répondre aux besoins de santé de la population du territoire. Il soulignait également que les honoraires correspondant aux actes réalisés par les médecins libéraux étaient intégralement reversés au cabinet de radiologie sous forme de rétrocessions. Dans ces conditions, il concluait que la convention constitutive du GCS n'avait pas pour objet l'acquisition, par le centre hospitalier, de fournitures, de travaux ou de prestations de services et ne pouvait donc être qualifiée de marché public.

Le choix du partenaire privé d'un établissement public de santé ne relève donc pas des marchés publics et, par conséquent, n'a pas vocation à être pris en charge par la fonction achat mutualisée du GHT, exercée par l'établissement support.

Tout au plus, lorsque le partenariat envisagé est susceptible de procurer au partenaire qui serait retenu un avantage certain, l'établissement public de santé est tenu, en application du principe d'égalité de traitement entre les médecins exerçant sur un même territoire, de s'assurer que d'autres praticiens ou cabinets sont susceptibles d'être intéressés et de leur offrir la possibilité de participer à cette coopération. Cette exigence résulte d'une jurisprudence constante du Conseil d'État, inaugurée par l'arrêt de principe Glogowski du 13 octobre 1989.

Le risque d'une recentralisation autour du GHT

Faire du GHT le cadre de référence de la coopération ville-hôpital reviendrait à déplacer le centre de gravité des décisions vers l'établissement support, au risque de marginaliser les établissements de proximité, pourtant les mieux placés pour appréhender les besoins de leur bassin de vie et dialoguer au quotidien avec les professionnels libéraux.

Une telle évolution présenterait un double risque.

D'une part, elle favoriserait une recentralisation des décisions. Même si telle n'était pas l'intention du législateur, la structuration des coopérations à l'échelle du GHT conduirait, en pratique, à concentrer les choix au niveau de l'établissement support. Les établissements de proximité perdraient alors une partie de leur capacité d'initiative, alors même que celle-ci constitue aujourd'hui l'un des principaux facteurs de réussite des coopérations territoriales.

D'autre part, elle conduirait à une uniformisation des réponses, alors que l'efficacité des coopérations ville-hôpital repose précisément sur leur capacité d'adaptation aux réalités locales. Les besoins d'un territoire, la densité de l'offre libérale, les habitudes de travail entre professionnels ou encore les contraintes démographiques varient sensiblement d'un bassin de vie à l'autre. Une gouvernance trop centralisée risquerait d'affaiblir cette indispensable souplesse.

Enfin, ériger le GHT en cadre institutionnel de la coopération ville-hôpital conduirait inévitablement à reposer la question de la place de la médecine de ville au sein de ses instances. Une telle évolution raviverait les craintes, déjà exprimées lors des débats ayant précédé l'adoption de la loi du 26 janvier 2016, d'un pilotage étatique et hospitalo-centré susceptible d'étendre son influence sur une médecine de ville majoritairement libérale.

Le Sénat avait d'ailleurs privilégié une approche plus pragmatique, consistant à recentrer les établissements publics de santé sur leurs missions propres, au moment même où ceux-ci étaient appelés à développer les prises en charge ambulatoires plutôt qu'à étendre leur rôle dans l'organisation de l'ensemble des acteurs du territoire.

Une gouvernance fondée sur la subsidiarité

L'alternative à une recentralisation autour du GHT n'est évidemment pas l'absence de coordination. La qualité des parcours de soins suppose, au contraire, un dialogue permanent entre les établissements de santé et les professionnels de ville.

Cette coordination existe déjà à plusieurs niveaux. Le GHT assure la cohérence de l'offre hospitalière publique à l'échelle de son territoire. En ville, les maisons de santé pluriprofessionnelles organisent les prises en charge de proximité autour des patients, tandis que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) structurent progressivement les coopérations entre les professionnels du premier recours sur des territoires généralement plus restreints que ceux des GHT.

Dans cette perspective, certains proposent de créer des « groupements de santé » réunissant, d'une part, les GHT et, d'autre part, les représentants de la médecine de ville. Si cette proposition présente une certaine cohérence théorique, elle se heurte, en pratique, à une difficulté majeure : celle de l'échelle territoriale. Le périmètre des GHT est le plus souvent trop vaste pour permettre une gouvernance suffisamment proche des réalités locales et des besoins propres à chaque bassin de vie.

L'enjeu n'est donc pas de créer un nouvel échelon de gouvernance, mais d'articuler les dispositifs existants selon un principe de subsidiarité. Au GHT reviennent les orientations stratégiques, la cohérence du projet médical partagé et l'organisation de la complémentarité entre établissements publics de santé. Aux établissements revient, en revanche, l'initiative des coopérations avec la médecine de ville, leur négociation, leur mise en œuvre et leur suivi, au plus près des besoins du territoire.

C'est en effet à ce niveau de proximité, au contact des professionnels libéraux comme des patients, que se construisent les coopérations les plus efficaces. Le GHT doit ainsi demeurer l'instance de cohérence hospitalière ; il n'a pas vocation à devenir le cadre institutionnel unique des coopérations entre la ville et l'hôpital.



Le dialogue social au sein du GHT doté de la personnalité morale



Me Guillaume Champenois

L'insertion de l'article L. 6132-5-2 dans le code de la santé publique, issu de la loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023, fixant les conditions permettant de doter les GHT de la personnalité morale est l'occasion de s'interroger sur l'incidence de ces dispositions législatives sur le dialogue social au niveau du GHT. Plus précisément, le fait de conférer au GHT la personnalité morale est-il susceptible d'emporter des conséquences sur le terrain du dialogue social ?

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en application de la loi du 26 janvier 2016 n'a donné lieu à aucune évolution du dialogue social au sein des établissements membres de ces GHT ni même au niveau des groupements ainsi créés.
Les GHT sont dotés de conférences territoriales de dialogue social mais celles-ci ont un objet limité et des prérogatives inexistantes.

Aux termes de l'article R. 6132-14 du code de la santé publique ces conférences sont « informées des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire. »
Il n'est donc pas surprenant que les organisations syndicales comme les équipes de direction ne se soient pas approprié ces instances.

Par ailleurs, l'absence de personnalité morale comme le fait que les GHT ne sont pas employeurs sont autant de facteurs contribuant à l'absence de tout dialogue social.

Cela étant, cet état de fait peut évoluer avec la mise en œuvre des dispositions de l'article 25 de la loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023 insérant dans le code de la santé publique un article L. 6132-5-2 fixant les conditions permettant de doter les GHT de la personnalité morale.

Le fait de conférer au GHT la personnalité morale est-il susceptible d'emporter des conséquences sur le terrain du dialogue social ?

Pour rappel, aux termes de l'article L. 6132-5-2 du code de la santé publique « le groupement hospitalier de territoire peut être doté de la personnalité morale lorsque l'ensemble des établissements qui le composent fusionne dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-1 du code précité ou lorsque l'ensemble des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire constituent, à l'exclusion de tout autre membre, un groupement de coopération sanitaire mentionné à l'article L. 6133-1 afin qu'il assure au moins les fonctions mentionnées au I de l'article L. 6132-3. Le groupement de coopération sanitaire exerce également, le cas échéant, les compétences mentionnées aux II et III du même article L. 6132-3 et à l'article L. 6132-5-1. »

Le législateur a donc prévu deux hypothèses bien distinctes permettant de conférer au GHT la personnalité morale à savoir la fusion des établissements membres dudit GHT et la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens de droit public.

Dans la fusion, l'ensemble des établissements membres du GHT disparaît pour ne former qu'un seul établissement et donc qu'une seule personne morale. Dans cette hypothèse, l'ensemble des établissements constituant jusqu'à présent le GHT va disparaître et donc, nécessairement, leurs institutions représentatives du personnel également.

Comme le prévoit le III de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique, la fusion peut être une fusion dite « absorption » ou une fusion dite « création ». Dans la fusion-absorption, un des établissements partie au projet de fusion va absorber les autres établissements du GHT. Dans la fusion-création, l'ensemble des établissements du GHT vont créer, par leur fusion, un nouvel établissement.

Dans le schéma de la création d'un GCS de moyens de droit public, les établissements membres du GHT constitueront les membres exclusifs dudit GCS et perdureront tout en conservant leur personnalité juridique mais également leurs institutions représentatives du personnel.

Ces deux schémas juridiques retenus par le législateur sont intrinsèquement très différents et le choix de l'un ou l'autre schéma induira nécessairement des incidences sur le terrain du dialogue social que nous vous proposons d'explorer ci-après.

L'impact de la fusion des établissements membres du GHT sur le dialogue social

Le schéma de la fusion, qu'elle soit une fusion absorption ou fusion création, emporte des conséquences parfaitement prévisibles sur le terrain du dialogue social. À l'issue du processus de fusion, il ne reste plus qu'un seul établissement, une seule personne morale employeur.

L'établissement né de la fusion sera doté d'un Comité Social d'Établissement (CSE) ainsi que d'une formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT) du comité. Comme pour tout établissement public de santé, l'établissement né de la fusion de l'ensemble des hôpitaux d'un GHT pourra installer des F3SCT de site en complément de la F3SCT du comité.

Il n'y aura qu'un seul directeur dudit établissement public lequel dirigera une équipe de direction composée de directeurs adjoints et de directeurs délégués lesquels auront à encadrer une équipe de directeurs adjoints ou d'adjoints au directeur selon le niveau hiérarchique retenu.

La fusion est un véhicule juridique parfaitement identifié et, en principe, maîtrisé. Les opérations de fusion d'établissements publics de santé ont été relativement nombreuses au cours des 10 dernières années et le code de la santé publique a fait l'objet, de longue date, de modifications spécifiques pour encadrer ces opérations de restructuration.

Comme dans toute fusion d'établissements publics de santé, il conviendra d'anticiper quelques points de crispation avec les organisations syndicales mais également la crainte de l'ensemble du personnel médico-soignant sur la question de la mobilité.

Les points de crispation avec les organisations syndicales dans l'opération de fusion

Les points de crispation avec les organisations syndicales des établissements parties à l'opération de fusion sont principalement liés au CSE.

Les organisations syndicales sont susceptibles de porter deux revendications distinctes, celle de la création de plusieurs CSE de site et d'un CSE de coordination ou CSE central ainsi qu'une revendication en lien avec le calendrier des élections conduisant à la création dudit CSE du futur établissement né de la fusion.

Pour ce qui concerne le calendrier des élections, l'article R. 6141-13 du code de la santé publique dispose que « le directeur chargé de la mise en place du nouvel établissement procède, avant la date prévue pour la création de cet établissement, à la constitution de sa commission médicale, de son comité technique et de sa commission du service de soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques en vue de composer le conseil de surveillance du futur établissement devant résulter de la transformation ».

Il résulte de cette disposition que le scrutin visant à créer le CSE de l'établissement né de la fusion précède nécessairement l'opération de fusion elle-même.

Or, il a pu arriver que les organisations syndicales concernées ne parviennent pas à se mettre en ordre de marche pour des élections en amont de la fusion et exigent que ledit scrutin se tienne postérieurement à la fusion.

Autrement formulé, il n'est pas rare que les organisations syndicales ne soient pas prêtes, dans les temps requis, pour participer aux élections professionnelles rendues nécessaires par l'opération de fusion.

Il y a ici une impérieuse nécessité d'anticiper suffisamment en amont ledit scrutin.

Le deuxième point de crispation porte sur le principe même de la création d'un seul et unique CSE.
Sur ce point, en l'état des textes applicables, un établissement public de santé ne peut être doté que d'un seul et unique CSE.
Quelles que soient les revendications portées par les organisations syndicales sur ce terrain, le directeur en charge de l'installation du centre hospitalier né de la fusion de l'ensemble des établissements parties au GHT n'aura pas d'autre choix que d'installer un seul et unique CSE.

Le code général de la fonction publique est ici bien moins souple que le code du travail qui permet la création de CSE d'établissements et d'un CSE central.

Ce point n'est pas anodin eu égard à la taille de l'établissement né de la fusion de l'ensemble des établissements parties à un GHT. Un seul CSE pour un établissement aussi vaste induit nécessairement un dialogue social institutionnel complexifié.

Le point de crispation avec la communauté professionnelle des établissements parties à l'opération de fusion sur la question de la mobilité.

Le principal point de crispation avec les personnels médico-soignants des établissements parties à l'opération de fusion est celui de la mobilité. Les agents des différents établissements concernés exprimeront la crainte d'être soumis à une mobilité forcée sur les différents sites géographiques composant le futur établissement.

En effet, sur le plan strictement statutaire, la fusion des établissements membres du GHT emporte comme conséquence que le fonctionnaire hospitalier peut être affecté sur un ou plusieurs sites de l'établissement né de la fusion sans qu'il ne puisse théoriquement s'y opposer.

La mutation entre deux établissements publics de santé distincts se transforme, avec la fusion, en un simple changement d'affectation sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Cette crainte sera d'autant plus grande que le GHT est étendu et composé de nombreux établissements.

L'impact de la création d'un GCS de moyens de droit public sur le dialogue social

À la différence de la fusion, les établissements membres du GHT ne disparaissent pas mais deviennent membres d'un GCS de moyens de droit public.

Sur le terrain du dialogue social institutionnel, sauf évolution des textes législatifs et réglementaires applicables, chaque établissement membre dudit GCS de moyens de droit public, conservera ses institutions représentatives du personnel et donc son CSE et sa F3SCT.
De fait, sur ce point précis, l'éventuelle étendue géographique ou taille du GHT aura donc peu d'impact sur le dialogue institutionnel au sein de chacun des établissements membres du groupement.
En ce qui concerne le GCS lui-même, en l'état de la rédaction de l'article L. 251-1 du code général de la fonction publique, il devra être doté d'un CSE.
Ce faisant, en l'absence de toute évolution des textes législatifs et réglementaires applicables, ce CSE se composera de représentants du personnel élus dans les mêmes conditions que tous les GCS de moyens de droit public.
Ainsi, conformément aux dispositions de l'article R. 211-40 du code général de la fonction publique, seront éligibles au CSE du GCS du GHT les agents « remplissant les conditions requises pour être inscrits sur la liste électorale de ce comité. ».

Seront électeurs au comité social du GCS de moyens de droit public les agents pris en compte dans l'effectif servant de base pour déterminer le nombre de sièges à pourvoir et mentionné aux articles R. 252-61 à R. 252-64 du code général de la fonction publique.

En application de l'article R. 252-62 du code général de la fonction publique, doivent être pris en compte :

« 1° Les fonctionnaires titulaires mis à disposition du groupement par ses membres pour une quotité supérieure au mi-temps ;
2° Les agents contractuels de droit public, à l'exception des personnels mentionnés au 4° de l'article L. 6, mis à disposition du groupement par ses membres pour une quotité supérieure au mi-temps ;
3° Les agents contractuels de droit public et de droit privé recrutés en propre par le groupement, exerçant leurs fonctions ou placés en congé rémunéré ou en congé parental ;
4° Les agents mis à disposition des organisations syndicales. »

Par ailleurs, au-delà de la constitution du CSE, choisir comme véhicule juridique le GCS de moyens pour conférer au GHT la personnalité morale induit de faire du GHT un outil de coopération comme tout GCS de moyens de droit public.

Or, sur le terrain des ressources humaines, un tel choix n'est pas neutre.

En effet, comme tout GCS de moyens de droit public, l'objet du GCS dont seront membres les établissements du GHT sera « de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres » en permettant, notamment, des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.
Ces interventions communes impliquent, dans la plupart des cas, une mobilité accrue des personnels des établissements membres sous la forme d'une mise à disposition statutaire ou mise à disposition dite « fonctionnelle ».
Si une telle mobilité au sein d'un GCS de moyens de droit public - que l'on qualifiera de classique - ne pose aucune difficulté, il pourrait en être tout autrement pour le GCS du GHT du fait des distances géographiques importantes entre les établissements membres dudit groupement.
Si cette coopération peut être hautement profitable pour l'activité et pourrait permettre de limiter les impacts délétères des difficultés de recrutement sur certains métiers en très fortes tensions, il n'est pas certain qu'un tel schéma soit perçu par les personnels et leurs représentants syndicaux comme une bonne nouvelle.

De fait, si le choix de la constitution d'un GCS pour permettre au GHT de se doter de la personnalité morale apparaît plus profitable au dialogue social institutionnel alors qu'il permet le maintien des CSE des établissements membres, il pourra tout autant crisper les personnels médico-soignants sur cette même problématique de la mobilité entre les différents sites.

Cette fébrilité du personnel paramédical et médical quant au choix de la création d'un GCS pour conférer au GHT la personnalité morale, si elle se confirme, serait nécessairement relayée par les organisations syndicales qui auront alors à cœur de tout entreprendre pour faire obstacle à un tel projet.
Reste que la création d'un GCS de GHT ouvre des perspectives utiles et pertinentes sur bien des aspects. Par ailleurs, la coopération au sein du GHT dans le cadre du GCS dont seront membres l'ensemble de ses membres ne signifie nullement un schéma de coopération global sur toutes les activités et entre tous les membres.
A priori, sans préjuger des éventuelles difficultés qui pourront surgir lors de la création d'un tel GCS, rien ne semble faire obstacle à créer des coopérations qui présentent une parfaite cohérence avec le territoire, limitant de fait les mobilités contraintes.

Cela induit d'intégrer dès le stade des réflexions sur la création d'un tel groupement la question des ressources humaines en lien avec l'offre de soins sur le territoire. Tous les GHT ne seront pas forcément adaptés à la création d'un GCS de moyens de droit public.

Sur la question du dialogue social, faudrait-il privilégier la fusion ou la création d'un GCS ?

À supposer que la question du dialogue social constitue un critère de choix entre l'option d'une fusion et l'option de la création d'un GCS, il nous faut ici distinguer le dialogue social de proximité (les relations entre le personnel d'encadrement et les représentants du personnel dans les services) du dialogue social institutionnel (les relations entre les organisations syndicales et l'équipe de direction au travers et en dehors des instances représentatives du personnel).

Pour ce qui concerne le dialogue social de proximité, la création d'un GHT doté de la personnalité morale par fusion de ses membres ne devrait emporter que peu d'impact à l'échelle du service.
Plus précisément, cela ne devrait pas générer de nouvelles difficultés par rapport à celles déjà constatées aujourd'hui au sein des établissements publics de santé.

Il en est de même pour la création d'un GCS de moyens de droit public. Sur ce point précis, la problématique ne découle pas tant du schéma juridique retenu que de la formation des cadres et cadres supérieurs de santé au management et à différentes notions juridiques telles que le droit syndical, le harcèlement moral, l'insuffisance professionnelle, etc.

Pour ce qui concerne le dialogue social institutionnel, la fusion des établissements membres du GHT apparaît, de prime abord, moins favorable que la création d'un GCS de moyens de droit public si ledit GHT est géographiquement étendu et composé de nombreux établissements.
Prenons l'exemple d'un GHT constitué par un nombre significatif d'établissements tel que le GHT Loire. Il est composé d'une vingtaine d'établissements dont le CHU de Saint-Étienne. Au-delà de la différence de taille et de fonctionnement, lesdits établissements sont relativement éloignés les uns des autres. Le centre hospitalier d'Ardèche Nord est ainsi distant du centre hospitalier de Charlieu de 150 kilomètres et il faut compter environ 2 h 15 de route en voiture et 4 heures en bus (avec les correspondances) pour relier les deux établissements en l'absence de tout embouteillage.
Le CSE de l'établissement né de la fusion sera composé d'élus qui ne seront pas tous des agents rattachés à l'établissement principal ou site principal (ancien établissement support). De fait, le fonctionnement du CSE devrait en être impacté.

Ainsi, la convocation de l'ensemble des membres du CSE dans le cadre de séances dites extraordinaires pourrait s'avérer complexe à organiser sauf à recourir massivement à la visioconférence ou à une modification des textes législatifs applicables permettant la création des CSE de site.
Sur ce point précis du dialogue social institutionnel, le schéma de la création d'un GCS de moyens de droit public apparaît peut-être plus pertinent pour les GHT géographiquement étendus et composés de nombreux établissements.
Reste que le GCS de moyens de droit public répond à une logique de coopération laquelle induit en principe la mise en commun de matériels mais aussi de moyens humains.
Le GCS de moyens de droit public pose la question de la mobilité de manière plus prégnante que pour la fusion ce qui, selon que les organisations syndicales s'approprieront ou non cette problématique, rejaillira mécaniquement sur le dialogue social institutionnel des établissements parties au GCS.

Il sera nécessaire, à n'en pas douter, de bien appréhender tous ces sujets en amont de toute décision portant fusion ou création d'un GCS visant à doter l'actuel GHT de la personnalité morale.



Directeurs et GHT : entre autonomie statutaire et gouvernance territoriale



Me Caroline Lesné

L'année 2026 est celle des dix ans d'existence des groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'occasion est donc ici prise de porter un regard rétrospectif sur une réforme qui compte parmi les réformes les plus importantes de l'organisation hospitalière. L'angle que nous vous proposons de retenir est celui interrogeant les pouvoirs des directeurs d'hôpitaux face à l'évolution des attributions du GHT. Cette évolution interroge directement le statut des directeurs d'hôpital, dont les missions, les responsabilités et les marges d'autonomie sont profondément reconfigurées. Leur statut récemment modifié et les moyens qui leur sont donnés sont-ils au diapason des enjeux du GHT dont la dernière évolution législative lui promet l'accès à la personnalité juridique ?
Peut-on encore considérer que les directeurs d'hôpital demeurent « patrons » dans leur établissement lorsqu'ils ne sont pas à la tête de l'établissement support ?

Créés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les GHT ont été conçus pour porter la stratégie de groupe du secteur public hospitalier et dépasser le fonctionnement isolé des établissements publics de santé sur le territoire en construisant grâce à un projet médical partagé et une mutualisation des moyens techniques et humains une offre de soins coordonnée, plus lisible et plus efficiente à l'échelle des territoires au profit des patients et de la population.

Pensés comme un outil de rationalisation et d'optimisation de l'offre sur le territoire, les GHT tendent progressivement à devenir un véritable échelon de gouvernance territoriale. Alors que le statut particulier des directeurs demeure fondé sur l'établissement public de santé, les pratiques de gouvernance s'organisent désormais à l'échelle territoriale. Cette tension entre statut juridique et exercice fonctionnel soulève des enjeux majeurs en matière de responsabilité, d'autorité hiérarchique, de gestion des carrières et d'attractivité de la fonction.

Un statut rénové de directeur d'hôpital toujours centré sur l'établissement public de santé

Le statut des directeurs d'hôpital repose depuis sa mise en place sur la règle selon laquelle chaque établissement public de santé constitue une personne morale autonome, dotée de son propre directeur, président du Directoire de l'établissement, bras exécutif du conseil de surveillance, instance délibérative et stratégique de l'établissement.

Cette architecture résulte d'un équilibre entre autonomie juridique et financière locale et pilotage national. Le directeur « conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement ». « Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement », « dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement » et « exerce son autorité sur l'ensemble du personnel » (art. L. 6143-7 du CSP).

Le nouveau statut des directeurs d'hôpital réformé par le décret n° 2025-1144 du 27 novembre 2025 opère une revalorisation statutaire faisant du directeur non plus seulement un gestionnaire d'établissement mais un cadre dirigeant de la Haute fonction publique qui ne modifie pas pour autant ce paradigme.
Le nouveau décret statutaire transpose aux directeurs d'hôpital les mêmes principes que ceux appliqués aux administrateurs de l'État dans le cadre de la réforme de la haute fonction publique et les personnels de direction sont « chargés de fonctions supérieures de direction, d'encadrement et d'expertise » et appelés ainsi à exercer des responsabilités stratégiques, piloter des transformations parfois complexes, développer des parcours de mobilité, renforcer les coopérations interinstitutionnelles, contribuer aux politiques publiques de santé. Cela étant, en assurant des fonctions de chef d'établissement, ils sont « chargés de la direction d'un établissement ou d'une direction commune d'établissements publics de santé ». (art. 1er du décret statutaire n° 2025-1144). Le périmètre de leurs responsabilités et attributions demeure celui de l'établissement.

La réforme du statut des directeurs organise une gradation des responsabilités des directeurs dans le cadre notamment des emplois fonctionnels en fonction de la complexité de gestion des établissements et du nombre d'établissements pris en charge. Les trois anciens groupes d'emplois fonctionnels, auxquels correspondaient des quasi-grilles, laissent place à une nouvelle classification en 4 niveaux subdivisés en 10 groupes. Le 1er niveau d'emplois fonctionnels regroupant l'emploi de directeur général de l'APHP suivi de celui de directeur général des HCL, du DG de l'APHM, puis des 13 emplois de directeur général de CHU. Ces subdivisions ne prévoient pas la valorisation des responsabilités prises par un directeur d'établissement support dans le cadre de l'organisation territoriale en GHT. Le prisme de valorisation demeure celui de l'établissement.

Le statut particulier des personnels de direction garantit ainsi une adéquation entre les responsabilités exercées et le périmètre juridique de l'établissement.
Les GHT n'ont pas supprimé cette architecture. Chaque établissement conserve sa personnalité morale, son budget, son conseil de surveillance et son directeur.
Au plan juridique et statutaire, l'organisation territoriale en GHT n'a pas été réellement prise en compte dans l'évolution du statut des directeurs.

En pratique, la décorrélation entre l'évolution de l'organisation territoriale de la gouvernance stratégique de l'offre de soins publique du statut des directeurs d'hôpital pose question.

Une territorialisation des fonctions de direction

Depuis leur mise en place, les GHT s'avèrent multifacettes tant leur périmètre, leur composition ou leur gouvernance peuvent varier, ce d'autant que depuis dix ans les évolutions législatives en 2019 et 2023 ont eu pour objectif de laisser plus de marge de manœuvre et d'adaptabilité des GHT en fonction des projets de territoire et des capacités des GHT à porter toutes activités administratives, logistiques et techniques.

Dans tous les cas, le législateur a d'autorité chargé un établissement support du GHT désigné en principe d'un commun accord par les établissements membres du GHT, d'assurer des fonctions support déléguées. Ces fonctions support obligatoires ont été portées de 4 à 5 depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019. L'établissement support doit assurer pour le compte des établissements parties au GHT (art. L. 6132-3 CSP) :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire
- la fonction achats
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue et DPC
- la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et l'attractivité des personnels médicaux (recrutement, rémunération, temps de travail).

Au-delà de ces fonctions déléguées par l'effet de la loi, les établissements parties au GHT peuvent également décider de déléguer à l'établissement support d'autres missions permettant de « mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité » (art. L. 6132-1 CSP) la gestion pour le compte des établissements parties des équipes médicales communes, de pôles interétablissements, des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques (art. L. 6132-3, II, CSP).

Pour assurer ces fonctions déléguées, il revient alors au directeur de l'établissement support d'exercer à titre dérogatoire les compétences de direction pour le compte des établissements de santé parties au GHT (art. L. 6143-7, alinéa 6, CSP), c'est-à-dire par exemple en matière de gestion des personnels, d'assurer le recrutement et la gestion des personnels affectés à ces fonctions mutualisées. La délégation de pouvoir qui emporte certes un transfert de compétences et par là même un transfert de responsabilités, ne remet pas pour autant en cause tout pouvoir de contrôle des établissements parties sur l'exercice de cette délégation par l'établissement support. Le décret du 27 avril 2016 précise bien à cet égard que la convention constitutive devra déterminer les « modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement ».

Dès lors qu'il s'agit de tendre vers une coopération plus soutenue, voire intégrative des établissements sur le territoire, la dernière évolution législative du GHT invite au changement de paradigme avec la possibilité d'investir le GHT d'une personnalité juridique promettant un passage au pilotage de l'offre de soins publique par un véritable groupe public hospitalier. La loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 (article L. 6132-5-2 CSP) dont l'entrée en vigueur est suspendue à la publication d'un décret qui tarde à venir permet qu'un groupement de coopération sanitaire (GCS), constitué exclusivement entre les établissements parties au GHT et assurant au minimum les fonctions déléguées obligatoirement à l'établissement support, se substitue à l'établissement support du GHT. Dans ce cas, le GCS, que certains nomment « GCS-GHT », devient le moyen juridique pour le GHT d'assurer dans une organisation de coopération structurée, les mutualisations confiées par les membres pour l'optimisation de l'offre de soins de chaque établissement sur le territoire (achats, SI, information médicale, RH, etc.).

Il ne s'agit pas ici de créer un établissement public de santé de territoire mais de créer une structure juridique (GCS-GHT) qui permet aux établissements parties de tirer le meilleur de leur organisation et de leurs fonctions support pour leur permettre de délivrer à la population qu'ils accueillent l'offre de soins la plus adaptée. Corrélativement, le rôle du directeur de l'établissement support, président du comité stratégique du GHT prend une autre ampleur, dès lors que la loi pose que le directeur de l'établissement support est nécessairement l'administrateur du GCS-GHT. Le président de la commission médicale de groupement devient son vice-administrateur conformément à la logique de médicalisation des décisions et pour éviter les doublons de gouvernance, le comité stratégique (COSTRAT) pourrait le cas échéant selon la décision collective des établissements parties trouver son corollaire dans l'assemblée générale du GCS.
L'évolution du fonctionnement des GHT quel que soit le niveau de coopération retenu sur le territoire conduit progressivement à distinguer le directeur statutaire du directeur territorial.
Le directeur de l'établissement support voit son rôle considérablement renforcé depuis les dix ans de la mise en place du GHT. Il pilote les fonctions mutualisées, coordonne la stratégie territoriale, supervise les systèmes d'information, les achats, parfois les ressources humaines ou encore les investissements.
À l'inverse, les directeurs des établissements parties disposent parfois d'une autonomie réduite sur certaines fonctions devenues territoriales.

Cette évolution entraîne plusieurs conséquences.
L'autorité fonctionnelle d'une part tend à dépasser l'autorité hiérarchique traditionnelle. Les équipes de direction travaillent dans des organisations fonctionnelles où les lignes de décision deviennent plus complexes. Dans le cadre de GHT peu intégratifs dans lesquels ne figure pas de direction commune entre les établissements parties, la collaboration et l'organisation fonctionnelle entre la direction de l'établissement support et les directions des établissements parties est un sujet. L'établissement support a besoin des directions fonctionnelles pour la mise en œuvre de son action. Les dispositions sur la délégation de signature prévoient par principe une délégation de signature entre un supérieur hiérarchique et son subordonné dans le cadre d'une même administration, d'une même entité juridique. Cela n'est pas le cas dans le cadre d'un GHT composé d'établissements juridiques distincts.

D'autre part, les parcours professionnels évoluent. Les compétences attendues relèvent désormais autant du management territorial que de la gestion d'un établissement. Cette évolution doit pouvoir être prise en compte dans l'évolution statutaire et notamment du régime indemnitaire des personnels de direction.

Les limites d'une gouvernance territoriale sans territorialisation du statut des personnels de direction

L'évolution du GHT vers un renforcement d'un pouvoir décisionnaire territorial qui plus est avec l'émergence du GCS-GHT ayant la personnalité juridique sans remise en cause de l'autonomie juridique des établissements parties fait apparaître plusieurs fragilités.

La première concerne la responsabilité
Le directeur d'établissement demeure responsable devant les juridictions administratives, financières ou pénales pour des décisions dont certaines peuvent relever d'une organisation territoriale largement mutualisée.

La seconde concerne l'autorité
Le directeur de l'établissement support dispose souvent d'une forte légitimité fonctionnelle sans bénéficier d'une autorité juridique sur les autres directeurs des établissements parties. Cette situation conduit à chercher des solutions dans des mécanismes conventionnels, qui peuvent s'avérer insuffisants en l'état du cadre statutaire construit sur un modèle

traditionnel faisant de l'établissement l'alpha et l'oméga. Certains peuvent à ce titre réclamer la systématisation des directions communes pour responsabiliser la gouvernance de l'établissement support par rapport à la situation des autres établissements membres ; le recours aux délégations de signature pouvant se rapprocher d'une forme de subsidiarité à la faveur des établissements parties périphériques ou de proximité.

La troisième difficulté porte sur l'évaluation des directeurs
Les objectifs individuels deviennent territoriaux alors que les critères statutaires restent largement centrés sur l'établissement. Cette dissociation peut fragiliser la lisibilité des responsabilités et la reconnaissance des compétences.

Si la réforme en 2025 du décret statutaire a élevé les personnels de direction des établissements publics de santé au rang des administrateurs de l'État de la Haute fonction publique, il reste à envisager une réforme qui intègrerait au statut des directeurs la dimension territoriale des fonctions confiées lorsqu'ils sont chargés non pas d'œuvrer pour la stratégie d'un établissement mais pour la stratégie territoriale des offres de soins du groupe.

Deux cas de figure doivent être précisés.
D'une part, le cas de personnels de direction assurant tant des fonctions pour les besoins de leur établissement d'affectation que des fonctions territoriales par la voie de la mise à disposition auprès de l'établissement support, requiert une valorisation par le nouveau régime indemnitaire (RIFSEEP). Cela est déjà le cas depuis la réforme statutaire de 2025 pour le « directeur fonctionnel d'une direction mutualisée au sein d'un GHT ». La valorisation reste néanmoins limitée et ne prévoit pas les fonctions territoriales exercées par d'autres personnels de direction en dehors de ce cas précis.

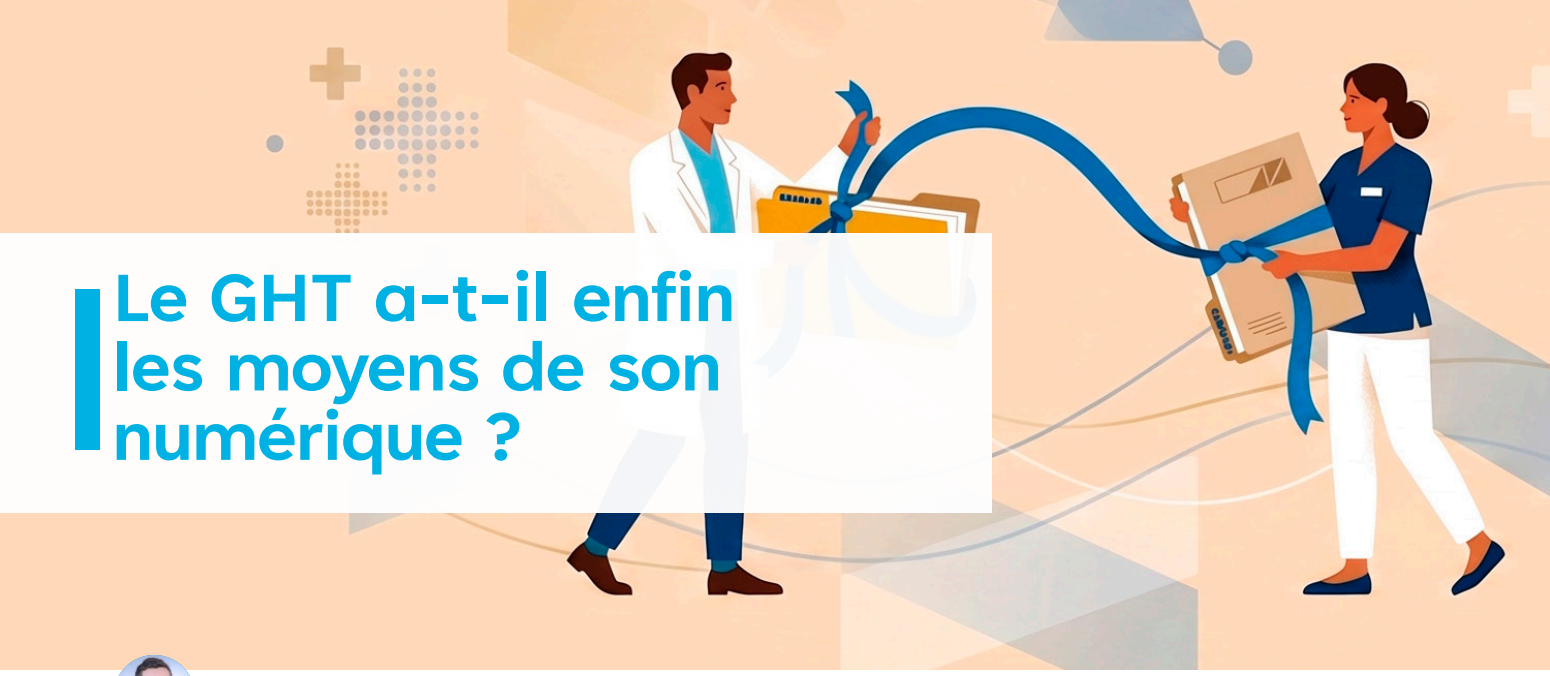
D'autre part, la situation de directeurs et de leurs équipes dont les fonctions seraient entièrement dévolues au développement de fonctions support mutualisées (achats, DSI, etc.). Ce changement de paradigme statutaire pose nécessairement la question de la possibilité de nommer des personnels fonctionnaires titulaires au sein du groupe hospitalier du territoire (GCS-GHT). À ce stade, le GCS régi par les dispositions des articles L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique ne le permet pas. Si le GCS de moyens peut être employeur, il ne peut recruter que des agents contractuels hospitaliers.

Un statut fonctionnel de directeur territorial pourrait être créé, distinguant clairement les responsabilités exercées au bénéfice du groupement de celles exercées pour chaque établissement. Dans ce cas, le statut des directeurs devrait être profondément repensé afin d'intégrer une direction territoriale exerçant des compétences propres. Une telle réforme statutaire doit nécessairement être envisagée corrélativement au projet de décret en attente depuis 2024 pour l'application de l'article L. 6132-5-2 créant le GCS-GHT.

Alors que les coopérations territoriales dont le GHT prend la tête en termes de stratégie de l'offre publique de soins dessinent désormais largement le paysage hospitalier et sont devenues un niveau évident de décision stratégique, le statut demeure largement centré sur l'établissement. L'évolution des GHT révèle un décalage croissant entre le cadre statutaire des directeurs d'hôpital et les réalités de leur exercice professionnel.

Plus qu'une simple adaptation technique, la réflexion sur la mise en place d'un véritable groupe hospitalier territorial par la création d'un GCS-GHT pose la question de l'évolution du statut des directeurs d'hôpital pour intégrer cette dimension décisionnelle territoriale.

Naturellement, l'évolution future du métier de directeur d'hôpital, entre chef d'établissement, manager territorial et acteur de la transformation du service public hospitalier pose également la question de l'évolution statutaire des professionnels qui constitueront les équipes territoriales de ces directions territoriales.



Le GHT a-t-il enfin les moyens de son numérique ?



Me Raphaël Cavan

En 2016, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé impose à chaque établissement public de santé d'être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire (« GHT »), une adhésion obligatoire à la différence de la logique volontariste des communautés hospitalières de territoire qu'elle remplace, dispositif aujourd'hui défini aux articles L. 6132-1 et suivants du code de la santé publique (« CSP »).
Selon l'article L. 6132-1 du CSP, le GHT vise une stratégie de soins commune et graduée, ainsi que la mutualisation de fonctions telles que le système d'information.
Dix ans plus tard, cet anniversaire est l'occasion de dresser le bilan numérique du dispositif et d'en présenter les enjeux à venir.

Convergence du système d'information : un chantier resté à mi-chemin ?

Parmi les fonctions mutualisées confiées par la loi à l'établissement support figure, au premier rang, le système d'information hospitalier.

L'article L. 6132-3 du CSP lui confie la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent et interopérable, avec pour ambition un dossier patient unique permettant une prise en charge coordonnée au sein du groupement — une mission par ailleurs indissociable de la gestion du département de l'information médicale de territoire, qui est elle-même mutualisée au niveau du GHT.

Cependant, le bilan dressé par la Cour des comptes sur les GHT en 2020 reste sévère : selon elle, la majeure partie des GHT « n'ont pas eu, et ne pourront pas avoir, d'effet restructurant significatif » sur l'offre de soins, faute de liens suffisamment forts entre établissements membres (Cour des comptes, Les groupements hospitaliers de territoire, octobre 2020, p. 10). Ce constat se vérifie parfois jusqu'au numérique : le directeur du CHU de Dunkerque évoquait ainsi, lors du dernier salon Santexpo, une forme de concurrence entre établissements membres, les professionnels préférant parfois s'appuyer sur les moyens — notamment les outils d'intelligence artificielle — d'un établissement du groupement plutôt que d'un autre, créant ainsi une forme de concurrence entre eux et un point de blocage dans la convergence du SI.

Face à ce constat, la Cour des comptes recommandait déjà, en 2020, l'émergence à moyen terme d'une personne morale unique au sein du GHT (Cour des comptes, ibid., p. 11). C'est précisément la voie ouverte, depuis 2023, par la loi Valletoux, qui permet à un GHT de se constituer en personne morale sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (« GCS »). Cette évolution n'est cependant pas neutre : elle rouvre la question de l'exemption de certification « hébergeur de données de santé » (« HDS ») dont bénéficient aujourd'hui les GHT dépourvus de personnalité morale — un sort qu'il conviendra d'anticiper avant de franchir le pas. Sur ce point, nous vous invitons à lire notre article dédié au sujet : Houdart & Associés, GHT personne morale : quel futur pour l'exemption HDS ?

La Cour des comptes recommande également une forme de convergence « à marche forcée », en préconisant la mise en œuvre obligatoire d'applications informatiques uniques et convergentes au sein de chaque GHT, laquelle devra nécessairement être accompagnée des financements adaptés (Cour des comptes, ibid., recommandation n° 6, p. 13). Mais est-ce vraiment la meilleure voie pour réaliser de précieuses économies d'échelle ? Rien n'est moins sûr, si l'on en croit cette tribune de Cédric Cartau, RSSI et DPO au CHU de Nantes, qui dénonce le mythe de l'économie d'échelle attachée à la convergence, à partir de l'exemple de la mutualisation du dossier patient informatisé (« DPI ») et de l'annuaire technique (DSIH, DSI de GHT : le mythe des économies de la convergence).

N'oublions pas que cette convergence des systèmes d'information a d'abord été pensée pour les professionnels de santé, afin qu'ils disposent d'outils mutualisés leur offrant une vision plus globale du dossier du patient et une coordination plus efficace de son suivi au sein du groupement.

Le cas récent du GHT du Var, qui a mené à bien l'acquisition d'un DPI commun début 2026, illustre bien cette exigence : la convergence des systèmes d'information ne doit pas être le résultat d'un alignement imposé par l'établissement le plus influent du groupement — le plus souvent l'établissement support —, mais, comme le souligne le directeur des systèmes d'information du GHT 83, celui d'une démarche collective.

Il suffit de vouloir pour le pouvoir ? Pas seulement. Si la culture de la convergence constitue indéniablement un facteur de réussite, les GHT ne peuvent se reposer uniquement sur la bonne volonté de leurs membres : ils doivent aussi disposer d'une expertise contractuelle à la hauteur des enjeux de cybersécurité qui pèsent sur eux, condition de la réussite de cette convergence.

Marchés informatiques : une maîtrise contractuelle encore à construire

Cette absence de maîtrise de la relation contractuelle se retrouve tout particulièrement dans la passation des marchés informatiques par l'établissement support, où elle expose le groupement à un risque bien identifié : celui du vendor lock-in.

Ce risque désigne la situation dans laquelle l'établissement de santé se heurte à des obstacles à la fois techniques (absence de réversibilité des données, modalités d'intervention — GTI/GTR — inadaptées, modalités d'indemnisation insuffisantes, clauses de pénalités difficilement mobilisables, etc.) et financiers, avec un dédommagement dissuasif en cas de résiliation anticipée, qui ne lui permettent pas de sortir simplement du contrat et l'obligent à subir son fournisseur.

La loi du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique (« loi SREN ») et le règlement européen sur les données (« Data Act ») tendent précisément à lever ce type de barrières en cas de transfert vers un autre opérateur de services numériques, ce que sont, pour les établissements du GHT, les éditeurs de leurs solutions informatiques.

Deux illustrations concrètes de ce type de blocage peuvent être rencontrées par les établissements publics de santé :

Un établissement qui souhaitait résilier un contrat s'est vu réclamer le paiement des échéances restantes jusqu'à la date anniversaire et a fini par renoncer à résilier, par dépit et par contrainte financière.
Un CHU n'a pu, de son côté, sanctionner l'éditeur de DPI pour défaut d'intervention rapide, alors qu'un dysfonctionnement de sa solution avait entraîné des lenteurs systémiques dans la prise en charge des patients au sein de plusieurs de ses services, et ce, sur plusieurs semaines, entraînant ainsi de vives frustrations au sein de ses équipes et une prise en charge dégradée des patients.
À ce titre, les établissements supports des GHT doivent donc redoubler de vigilance lors de la passation d'un marché public pour une solution informatique.

En effet, le réflexe consistant à se contenter du cahier des clauses administratives générales (« CCAG ») applicable aux marchés publics de techniques de l'information et de la communication se généralise parmi les acteurs publics de la santé et n'est pas sans risque pour eux et leurs activités. Bien qu'utile pour offrir un cadre contractuel rationalisé à ces acteurs, le CCAG peut aussi entretenir un biais similaire à celui que l'on rencontre auprès d'un utilisateur d'une intelligence artificielle générative : celui de se contenter du résultat fourni sans vérification approfondie !

S'en tenir au CCAG sans l'adapter, c'est justement prendre le risque de retomber dans le piège du vendor lock-in — au prix fort, financièrement et humainement, pour la dynamique de convergence que le GHT tente précisément d'insuffler auprès de ses membres. La rédaction d'un cahier des charges technique et la contractualisation d'un marché informatique appellent donc une personnalisation aux besoins propres du GHT et de ses membres.

À titre d'analogie, lorsqu'un médecin reçoit en consultation trois patients présentant la même pathologie, cela ne signifie pas pour autant que ce dernier prescrira la même ordonnance, dans la mesure où le médecin devra nécessairement prendre en considération les antécédents, allergies ou comorbidités différents de chaque patient.

Si vous souhaitez approfondir ce point, n'hésitez pas à consulter notre webinaire organisé avec la FHF relatif à la sécurisation des marchés publics, dans lequel nous traitons de ces enjeux, et plus encore !

Cette maîtrise de la contractualisation des marchés publics techniques est d'autant plus importante que le secteur de la santé fait face à une recrudescence des cyberattaques et des normes technico-juridiques permettant d'y faire face. Plus que jamais, les GHT, mais aussi les établissements publics de santé dans leur globalité, doivent être en mesure de traduire leurs exigences cyber en garanties juridiques lors de la contractualisation avec leurs prestataires techniques.

Sécurité informatique des GHT : l'expertise comme seul rempart face aux menaces

Le constat posé par les autorités institutionnelles est sans ambiguïté : selon la Cour des comptes, 10 % des victimes d'attaques par rançongiciel recensées en France en 2023 étaient des hôpitaux, publics ou privés, plaçant le secteur au troisième rang des cibles les plus touchées, derrière les collectivités territoriales et les entreprises (Cour des comptes, La sécurité informatique des établissements de santé, janvier 2025, p. 4).

Cette vulnérabilité tient à la fois à la complexité croissante des systèmes d'information hospitaliers et à un sous-investissement chronique dans le numérique, évalué à 1,7 % du budget d'exploitation en moyenne, contre 9 % dans le secteur bancaire.

Face à cette menace, les établissements publics de santé sont déjà soumis à un socle d'obligations : signalement sans délai des incidents graves de sécurité auprès de l'Agence du numérique en santé (« ANS ») et du CERT Santé de l'ANSSI (art. L. 1111-8-2 du CSP), volet numérique intégré à la certification par la Haute Autorité de santé (« HAS ») et soutien financier apporté par le programme CaRE (Cybersécurité, accélération et résilience des établissements), doté de 750 millions d'euros sur la période 2023-2027, etc.

Reste, dans l'écosystème cyber, l'échéance la plus attendue : la directive européenne NIS 2, qui classe la santé parmi les secteurs hautement critiques, mais qui, à ce jour, n'est toujours pas transposée en droit français, plus d'un an et demi après l'expiration du délai fixé au 17 octobre 2024. À ce titre, la Commission européenne s'apprêterait à saisir la Cour de justice de l'Union européenne (« CJUE ») contre la France pour ce retard, qui fragiliserait ainsi la position de la France dans les négociations européennes à venir sur les sujets cyber. Le Gouvernement n'a toutefois pas attendu l'issue du parcours parlementaire : une feuille de route cybersécurité 2026-2027, présentée en avril 2026, reprend déjà les grands principes de NIS 2.

L'enjeu pour les acteurs de la santé est donc de pouvoir identifier les exigences techniques à mettre en œuvre et de les traduire sur le plan juridique. Cette expertise doit pouvoir se construire au sein du GHT avec l'ensemble des membres du groupement, pourquoi pas au sein d'une instance dédiée.

Ouverture

La prochaine mutualisation à anticiper pour les GHT se joue sans doute du côté de l'intelligence artificielle et de la donnée de santé. La Haute Autorité de santé a déjà intégré des critères numériques au référentiel de certification des établissements, et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 lui confie l'élaboration de référentiels de pertinence pour les dispositifs d'aide à la décision reposant sur l'IA. Le calendrier européen reste, lui, à surveiller de près : le report des obligations « à haut risque » du règlement européen sur l'intelligence artificielle (AI Act) — dont relève la santé — du 2 août 2026 au 2 décembre 2027, via le « Digital Omnibus », n'est à ce jour qu'un accord encore provisoire, mais qui doit dès à présent être appréhendé par tous les acteurs de la santé.

À plus long terme, le règlement européen sur l'espace européen des données de santé (UE 2025/327), entré en vigueur le 26 mars 2025, ouvrira une période de transition échelonnée jusqu'en 2029 pour l'usage primaire des données, puis jusqu'en 2031 pour la pleine bascule de leur usage secondaire — un nouveau chantier de mutualisation qui se dessine déjà pour les GHT de demain.

GTSMS : les leçons des GHT pour une coopération médico-sociale publique réussie





Me Laurine Jeune

Près de dix ans après la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), ont été créés les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) destinés au secteur médico-social public des personnes âgées.
Présenté souvent comme le pendant du GHT pour le secteur médico-social, le GTSMS lui emprunte un vocabulaire quasi-identique à tout le moins en ce qui concerne son objet et ses missions : « rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions », stratégie commune d'accompagnement/de prise en charge…
Dans les deux cas, ces groupements conduisent à réunir des établissements publics (de santé et/ou médico-sociaux) pour construire ensemble une stratégie commune de l'offre publique à l'échelle d'un territoire déterminé.
Pour autant, les mécaniques juridiques sont différentes voire inversées : là où le GHT peut tendre vers un modèle d'intégration, le GTSMS se construit sur une pleine logique de coopération horizontale.
L'enjeu attaché aux GTSMS est tel qu'il conduit naturellement à s'interroger sur les conditions de leur réussite.
Sans présager du devenir des GTSMS, l'expérience des GHT offre des enseignements utiles pour anticiper des difficultés potentielles et prévenir la reproduction de certains écueils.

Un temps de construction allongé

En 2016, le temps laissé aux directeurs d'établissements publics de santé pour créer leur GHT avait suscité de vives inquiétudes. En effet, au 1er juillet 2016, soit à peine six mois après l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé ayant introduit le GHT, les conventions constitutives des 135 futurs GHT devaient être signées. S'ouvrait alors la phase de l'élaboration de leur projet médical partagé (PMP) et de la mise en place des délégations de compétences au bénéfice de l'établissement support.

Pour le GTSMS, le législateur a tiré les enseignements d'une création à marche forcée des GHT. La loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 a en effet fixé l'entrée en vigueur des dispositions relatives aux GTSMS au 1er janvier 2025 en prévoyant une période transitoire de trois ans à compter de cette date pour permettre la mise en place des GTSMS.

Ainsi, les établissements concernés disposent jusqu'au 1er janvier 2028 pour constituer leur GTSMS. Etant précisé que la liste des GTSMS devait être arrêtée dans chaque région par le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents des conseils départementaux en fin d'année 2025 (date reportée en pratique).

On peut considérer que ces évolutions et adaptations traduisent un certain pragmatisme, dans la mesure où elles devraient permettre de laisser davantage de temps à la construction effective de ces nouveaux groupements.

Mais faut-il pour autant être certain que ce temps supplémentaire sera utile ? Après tout, les GHT ont bien été créés en six mois et, dix ans plus tard, ils sont toujours là...

Nous estimons que le temps octroyé aux GTSMS ne pourra qu'être bénéfique.

Le manque de temps initial laissé aux établissements a empêché de préparer en amont le projet médical partagé (PMP) conformément à la loi et a conduit à imposer un périmètre qu'il est très difficile, voire impossible de modifier.

Un périmètre de fonction(s) à mutualiser choisi par les établissements

Le GHT, dans sa forme conventionnelle d'origine, repose sur un mécanisme de transfert obligatoire de compétences vers l'établissement support pour les fonctions visées par l'article L. 6132-3 du code de la santé publique : gestion commune d'un système d'information, gestion d'un département de l'information médicale de territoire, coordination des instituts de formation paramédicale et fonction achats.

Ce sont des fonctions transversales nécessaires au fonctionnement de chaque établissement, qui sont transférées.

En ce qui concerne le GTSMS, le groupement lui-même intervient pour le compte de ses membres et doit ainsi assurer pour leur compte au moins une fonction parmi la liste fixée légalement à l'article L. 312-7-4 du code de l'action sociale et des familles : convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier de l'usager permettant une prise en charge coordonnée, formation continue des personnels, démarche qualité et la gestion des risques, gestion des ressources humaines, gestion des achats, gestion budgétaire et financière, services techniques.

Les membres d'un GTSMS disposent ainsi d'une certaine liberté de choix dans la fonction à mutualiser. Ils peuvent ainsi définir la fonction à mutualiser (ou en définir plusieurs) selon les enjeux locaux et le degré de sensibilité des fonctions concernées.

En substance, un GTSMS peut se limiter à la mutualisation d'une seule fonction, ce qui semble en faire un outil moins intégrateur que le GHT et préserver davantage l'autonomie de chaque établissement. Mais le sujet n'est pas tant la quantité des mutualisations que leur efficience.

Une personnalité morale propre via le GCSMS et une gouvernance permettant la co-décision

Le GTSMS dispose d'une personnalité morale propre : le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) de droit public, qui offre aux établissements membres un véritable cadre de collégialité dans la prise de décision.

En effet, ce sont bien les membres qui définissent ensemble les fonctions à mutualiser, les règles de gouvernance et la stratégie commune de leur GTSMS.

Le pouvoir décisionnel en est la traduction puisqu'il relève de l'assemblée générale des membres et de ses règles de majorité. Et on rappellera utilement que la convention constitutive du groupement doit préciser la répartition des compétences entre l'Assemblée générale du GTSMS et les conseils d'administration (ou instance décisionnelle) des établissements membres.

En d'autres termes, la détermination de la stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées tout comme la mutualisation de fonction(s) (systèmes d'information, achats, ressources humaines, etc.) reposent nécessairement sur un accord entre établissements, et non sur une délégation exclusive au bénéfice de l'un d'entre eux.

Le GHT à l'inverse, dans sa forme conventionnelle repose sur un dispositif juridique centralisateur confié à l'établissement support qui concentre les pouvoirs et assure, pour le compte des autres, des fonctions obligatoires.

Sans personnalité morale propre, la gouvernance du GHT s'inscrit dans une logique plus verticale (sauf pratique particulière convenue entre les parties), qui peut être à l'origine de déséquilibres structurels entre l'établissement support et les autres établissements parties.

Cela peut aussi créer une dissociation entre les décisions prises à l'échelle du GHT et la responsabilité. Les décisions prises dans le cadre du GHT conduisent à un dessaisissement dans certains cas du pouvoir décisionnel des directeurs des établissements parties qui n'en restent pas moins responsables de leur établissement.

Cette centralité de l'établissement support, si elle est de nature à assurer une cohérence et une efficacité de l'organisation hospitalière du territoire, peut interdire aux établissements parties une participation effective au groupement que seule autorise une personne morale dotée d'un organe délibératif.

C'est pour corriger ces défauts que la perspective de doter le GHT d'une personne morale a de nouveau surgi dans le débat parlementaire ; la loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, a ainsi ouvert la possibilité de créer un GCS support du GHT, et de rééquilibrer, au moins en partie, la gouvernance par la mise en place d'une assemblée générale, instance décisionnelle du GCS et regroupant l'ensemble des membres qui votent sur les sujets qui relèvent de ce GCS.

Et si, à terme, ce n'était pas le GTSMS qui copiait le GHT, mais le GHT qui s'inspirait du modèle plus horizontal du GTSMS ? Et, plus loin encore, pourquoi ne pas imaginer un seul groupement territorial sanitaire, social et médico-social ?

En tout état de cause, le GTSMS apparaît, à tout le moins au regard des textes, incarner un « faire ensemble » choisi par les établissements membres : partage de fonctions/moyens, co-construction de la stratégie commune d'accompagnement et des projets, gouvernance collégiale.

Mais cette horizontalité apparente ne constitue pas une garantie en soi : dès lors que la mutualisation porte sur des sujets sensibles (restructuration de l'offre, fermetures, redéploiements de moyens), les tensions entre intérêt collectif et intérêts propres peuvent émerger, tout comme la crainte de voir la coopération évoluer, à terme, vers des formes de fusion imposée.

Dans cette perspective, l'adaptation de la convention constitutive aux enjeux et aux équilibres propres à chaque GTSMS revêt une importance décisive.

Préservation de l'autonomie des établissements et crainte de fusion

La question de l'autonomie des établissements est centrale.

Rien dans les textes ne prévoit que les GTSMS aient vocation à préparer des fusions. Ils ont été conçus comme des outils visant à accélérer et renforcer les regroupements et les coopérations pour « contribuer à assurer la pérennité de services publics accessibles et coordonnés dans chaque territoire ».

Pour autant, l'expérience des GHT alimente une crainte chez certains EHPAD publics : celle de voir, à terme, le GTSMS préparer des fusions sans que cela soit clairement dit. Cette inquiétude s'explique par la proximité de vocabulaire, la logique d'adhésion obligatoire, même si l'histoire montre que les fusions intervenues ne sont pas liées au GHT mais bien au contexte lui-même.

Là encore, la convention constitutive des GTSMS occupe une place décisive. C'est elle qui fixe précisément les fonctions mutualisées, la gouvernance et qui permet de poser des garde-fous pour préserver réellement les intérêts et l'autonomie des établissements membres.

GTSMS vs GHT

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) publics intervenant dans le secteur de la personne âgée (en particulier les EHPAD), à l'exception de ceux gérés par un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou une collectivité territoriale, ont l'obligation d'adhérer à un GHT ou à un GTSMS.

Ce choix s'explique : les ESSMS publics dotés de la personnalité morale peuvent déjà rejoindre un GHT, tandis que ceux gérés par un établissement public de santé y sont, par nature, déjà intégrés.

Le législateur n'a donc pas entendu faire table rase du passé mais s'inscrit dans une logique de continuité et d'articulation des dispositifs existants. Plus encore, il offre la faculté aux ESSMS publics gérés par un établissement public de santé qui resteraient au sein du GHT, d'adhérer en sus à un GTSMS.

Une souplesse qui témoigne, du moins on peut l'espérer, de la volonté d'adapter les cadres de coopération aux réalités de terrain, sans remettre en cause les organisations déjà en place.

Le GTSMS s'impose naturellement lorsque l'objectif principal est l'accompagnement médico-social des personnes âgées, secteur auquel il est spécifiquement dédié là où dans le GHT, le médico-social se fond au sein d'un Projet médical partagé (PMP) qui comprend notamment les « principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par un procédé de télésanté, portant sur : [...] Les activités de prise en charge médico-sociale ».

Le groupement favorise la coordination et la mutualisation de fonctions support médico-sociales et l'instauration d'une gouvernance entre ESSMS publics, assurant une proximité avec le terrain et les élus locaux.

Le GHT est, lui, pertinent quand l'ambition est d'inscrire les établissements dans une offre de soins hospitaliers graduée : équipes médicales communes, pôles inter-établissements, investissements ou trésorerie mutualisés en font l'outil privilégié d'une stratégie médicale territoriale dans laquelle les ESSMS trouvent naturellement leur place.

En définitive, le choix entre GHT et GTSMS met surtout en lumière l'impérieuse nécessité de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social. Après tout, si des GTSMS sont aujourd'hui prévus, ne serait-ce pas aussi dû - en partie – à l'échec d'une intégration du médico-social dans les GHT ?

Le véritable enjeu : la pérennité du service public

Au-delà du montage juridique, la réussite du GTSMS dépend d'abord de la clarté du projet partagé et de la qualité de l'équilibre trouvé entre les membres : quelle stratégie d'accompagnement commune sur le territoire du groupement ? quelle(s) fonction(s) veut-on réellement mutualiser ? sur quels sujets (fonctions, activités, etc.) accepte-t-on de décider ensemble ?

Il s'agit ensuite de reconnaître, s'il existe, le besoin de mutualisation : rationaliser et plus largement coopérer, ce n'est pas seulement rechercher des économies, c'est organiser autrement les moyens pour garantir une offre de qualité et soutenable.

Enfin, si l'on veut coopérer, les règles de gouvernance (répartition des voix, règles de majorité, représentation des établissements mais aussi des élus et des professionnels) doivent traduire la recherche d'une co-construction viable et durable dépassant les seules individualités.

Un point d'équilibre sera délicat à trouver entre :

- d'une part, le besoin des établissements de pouvoir se reconnaître dans les décisions collectives et ainsi ne pas avoir le sentiment de perdre la main et donc leur autonomie ;
- et d'autre part, la nécessité que le GTSMS puisse porter de manière effective une stratégie commune sur un territoire et que partant, ses décisions soient respectées et mises en œuvre.

Cela suppose de regarder au-delà des textes pour construire un instrument au service d'un projet de territoire.

Et le GTSMS dispose d'un atout : il peut s'appuyer sur dix ans de retour d'expérience hospitalière.

Gageons que la réussite des EHPAD publics et de leurs GTSMS finisse par inspirer le secteur hospitalier et certains GHT en démontrant qu'une gouvernance plus horizontale peut, elle aussi, porter un véritable projet de territoire.



GHT et responsabilités juridiques : opportunités ou risques invisibles pour le directeur ?



Me Pierre-Yves Fouré

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé avait vocation à ouvrir une nouvelle ère sur l'exercice managérial du directeur d'hôpital, plus particulièrement quant au périmètre géographique et à la nature même de ses missions.

La circulaire n° DGOS/GOUV/2026/105 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) édictée le 29 juillet 2026 par la ministre de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées notifiée aux directeurs généraux d'ARS, au visa du rapport IGF-IGAS de septembre 2025 « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale », requiert manifestement en force le déploiement du modèle intégratif, par la mise en place a minima d'une direction commune à chaque vacance de poste, en ouvrant « systématiquement un dialogue avec les présidents des conseils de surveillance des établissements concernés ».

Modèle intégratif et évaluation du chef d'établissement

Avec une double échéance calendaire au 15 novembre 2026 pour procéder à un autodiagnostic et au 15 janvier 2027 pour arrêter un « plan d'actions de consolidation de l'offre publique », cette transformation en profondeur du rôle du directeur est visiblement promise à une nouvelle accélération, passant d'une responsabilité de gestion d'établissement à une responsabilité beaucoup plus transversale, à l'échelle du territoire de référence du GHT.

À telle enseigne d'ailleurs que l'évaluation des chefs d'établissement et l'attribution de leurs primes par les directeurs d'ARS devront dorénavant intégrer la dimension territoriale du GHT (parcours patient, projet médico-soignant de territoire, équipes médicales de territoire et mutualisation des ressources).

Outre l'étendue des fonctions habituellement mutualisées (information médicale, achat, fonctions-supports), la diversité des enjeux en lice à l'échelle d'un territoire est considérable : organisation et permanence des soins, sécurité et qualité des soins, gestion budgétaire et financière, gestion des équipes médicales, soignantes, techniques et administratives.

Précision de l'organisation managériale et prévention du risque pénal

Si « nul n'est responsable pénalement que de son propre fait », il n'échapperait à aucun observateur avisé les exigences précises de la loi en matière de responsabilité pénale non intentionnelle par négligence, plus particulièrement applicable à la matière hospitalière :

> « Il y a (...) délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.
> Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

Ce redéploiement des GHT et son cortège de réorganisations internes requerraient donc de réserver une particulière attention à la structuration administrative et organisationnelle de sorte que la répartition des attributions et obligations de chacun des acteurs de la chaîne de gouvernance hospitalière ne souffre d'aucune approximation ou dilution.

A fortiori sous l'empire juridique des conventions de direction commune compte tenu des incertitudes qui peuvent subsister sur l'exact déploiement du décret n° 2020-237 du 12 mars 2020 portant déconcentration de certains actes de gestion relatifs aux personnels de direction et aux directeurs de soins de la fonction publique hospitalière censé permettre une dévolution plus large de compétences au chef d'établissement à l'égard des directeurs adjoints et délégués.

De même, les dispositions relativement laconiques des articles D. 6143-33 à D. 6143-35 du code de la santé publique relatives aux délégations de signature pouvant être édictées par un chef d'établissement peuvent interroger quant à leur robustesse juridique suffisante pour permettre une gouvernance claire et la détermination des responsabilités de chacun à l'échelle d'un GHT.

Cette accélération matricielle des GHT pourrait ainsi générer certains risques invisibles à date : à titre d'illustration concrète, si l'on considère qu'un GHT de 30 000 agents ne se gère pas de la même manière qu'un établissement de 600 agents, quelle organisation précise en matière de prévention des risques de conflit et de harcèlement dans une équipe de direction élargie et répartie sur des sites distincts, avec des fonctionnements et des héritages historiques parfois très différents ?

Le retour à une plus grande collégialité de gestion grâce aux instances inhérentes à tout GHT peut en revanche revêtir un certain intérêt et préserver le chef d'établissement du spectre de devenir le « responsable de tout ».

Responsabilité financière des gestionnaires publics et prise en compte de la restructuration hospitalière

Sur le plan du nouveau régime de responsabilité financière des gestionnaires publics qui a tant fait couler d'encre, l'expérience montre que la juridiction financière (CDBF hier, Chambre du contentieux de la Cour des comptes depuis le 1er janvier 2023) peut se montrer très sensible à l'action volontariste d'un directeur dans la restructuration de l'offre de soins (ce compris la fermeture de blocs opératoires jugés trop dispendieux ou de petites maternités dont l'activité est estimée insuffisante voire dangereuse).

Ce qui n'est pas sans faire écho au rapport publié en octobre 2020 de la Cour des comptes sur les exercices 2014 à 2019 des GHT qui appelait déjà de ses vœux le déploiement de GHT plus homogènes, selon un processus intégratif des équipes hospitalières, par le jeu de fusions ou de directions communes, dotés d'une gouvernance simplifiée à même d'adapter le système de santé « à la transition épidémiologique liée aux maladies chroniques » (p. 123).

Il en va un peu de la vie hospitalière comme des super-héros de l'univers Marvel : « Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités ».

Le cabinet Houdart & Associés, créé en 1987, est entièrement dédié aux secteurs sanitaire et médico-social. Constitué en pôles, il répond à toutes les demandes juridiques des acteurs, tant en contentieux qu'en conseil et quel que soit le domaine.

- **Le pôle social codirigé par Me Guillaume Champenois, Me Caroline Lesné et Me Marine Jacquet** traite aussi bien les questions de fonction publique hospitalière et territoriale que celles du droit du travail.
- **Le pôle organisation sanitaire, sous la responsabilité de Me Stéphanie Barré-Houdart,** s'attache à répondre aux problématiques des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés ainsi qu'à toutes les formes de coopération.
- **Son pendant en matière médico-sociale est codirigé par Me Laurine Jeune et Me Nicolas Porte**. Les récentes réformes des SAD et des GTSMS les mobilisent en particulier.
- **Sous la responsabilité de Me Axel Véran, le pôle acteurs de premier recours** accompagne aussi bien les maisons de santé (MSP) sous forme de SISA, les centres de santé, que les structures d'exercice (SEL et SCP) des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.
- **Le pôle finance et droit bancaire codirigé par Me Arnaud Bensoussan et Me Stéphanie Barré-Houdart** accompagne les acteurs dans les négociations bancaires, la mise en place de financements alternatifs (prêts participatifs, fonds de dotation), les opérations financières complexes et dans le cadre de la prévention des difficultés financières et les procédures collectives.
- **Le pôle fiscalité santé et médico-social est animé par Me Laurine Jeune** en partenariat avec le cabinet Jurisconseil.
- **Le pôle autorisations d'activité, sanitaires comme médico-social, est dirigé par Me Nicolas Porte**. Il intervient en contentieux auprès des établissements mais également en conseil sur les opérations de rapprochement, fusion, regroupement, scission.
- **Sous la supervision de Me Guillaume Champenois et en partenariat avec Me Doriane Dehu, le pôle contrats publics** intervient sur toutes les questions de contrats publics complexes et de commandes publiques, en contentieux mais aussi en conseil.
- **Le pôle responsabilité est placé sous la responsabilité de Me Pierre-Yves Fouré** qui dispose d'une forte expérience et compétence des contentieux devant les juridictions pénales, les juridictions financières (CRC et Cour des comptes) et les juridictions ordinales (Conseil de l'Ordre des médecins).
- **Le pôle santé numérique, sous la supervision de Me Axel Véran, et en partenariat avec Me Laurence Huin,** traite tout à la fois des questions numériques et en particulier de la protection des données et des spécificités sanitaires et médico-sociales ainsi que de la valorisation de la recherche.

La force du cabinet est de reposer tout à la fois sur de fines compétences dans ses différents domaines et un fonctionnement en équipe de façon à apporter une réponse globale aux demandes des professionnels, structures et établissements.

Depuis plus de 15 ans, le cabinet a créé un espace d'informations et d'échanges unique dans les domaines sanitaire et médico-social, avec plus de 2 000 articles de référence, des vidéos, des guides téléchargeables, des offres dédiées aux différents secteurs, des dossiers spéciaux, des formations, etc.

Ce dossier consacré aux dix ans des GHT, à leur bilan et à leurs perspectives, s'inscrit pleinement dans cette approche pluridisciplinaire et globale.

Ont participé à l'élaboration de cet ouvrage :



Stéphanie Barré-Houdart
Avocate associée
Organisation sanitaire



Arnaud Bensoussan
Avocat associé
Financier et bancaire



Guillaume Champenois
Avocat associé
Social



Raphaël Cavan
Avocat
Santé numérique / recherche



Pierre-Yves Fouré
Avocat associé
Responsabilités juridiques



Laurine Jeune
Avocate associée
Médico-social



Caroline Lesné
Avocate associée
Fonction publique



Nicolas Porte
Avocat associé
Autorisations d'activité



Axel Véran
Avocat associé
Acteurs du premier recours

Avec la collaboration de :



Laurent Houdart
Avocat honoraire



HOUDART
& ASSOCIÉS
AVOCATS

Paris
6 passage de la main d'or - 75011
+33(0)1 40 21 45 45

Toulouse
5 rue Saint-Bernard - 31000
+33(0)5 82 95 92 50

cabinet@houdart.org
www.houdart.org