Dossier « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec :

La banque coopérative de la Fonction publique

Le groupe MGEN, déjà référencé par plusieurs ministères, et la CASDEN sont reconnus en tant que mutuelle et banque de la fonction publique. Ensemble, ils accompagnent les agents de la fonction publique hospitalière pour protéger leur santé et les accompagner dans leur projet de vie.

MGEN dispose d'une parfaite connaissance des problématiques des agents hospitaliers grâce à sa proximité avec les personnels soignants des 60 établissements de santé qu'il gère. Ils représentent la moitié de ses salariés. Particulièrement impliqué, il a lancé avec l'ANACT une plateforme de prévention pour la qualité de vie au travail des acteurs de la fonction publique. Par une couverture santé/prévoyance spécifique à leur métier, il garantit aux hospitaliers un accompagnement solide.

CASDEN Banque Populaire, banque coopérative de la fonction publique, représente plus de 1,9 million de sociétaires, dont 90000 agents issus du champ hospitalier public qui l'ont rejointe ces quatre dernières années.

Valorisation des métiers hospitaliers et de la marque employeur, tels sont les enjeux RH portés par CASDEN. Cet engagement se traduit au travers des programmes courts « Parlons Passion » sur France 5, soutien à la start-up Profil Public et à plusieurs dispositifs de la FHF tels qu'Attractive Med et un outil digital dédié à la démarche qualité auprès des professionnels de santé.

L'an II des GHT

Le choix d'une gouvernance plus partenariale

Quentin HENAFF Pôle Ressources humaines hospitalières, FHF

Maintenant que les bases de la refonte de la gouvernance ont été posées et que le décret du 27 mai 2021 a ouvert le processus électoral visant au renouvellement des CME, qu'en est-il des futures instances qui seront installées à partir du 1er janvier 2022 ? La redéfinition des règles de gouvernance opérée en 2021 répond au besoin de formaliser juridiquement des pratiques plus partenariales et de renforcer la place de la stratégie médicale dans les projets de groupement. En réaffirmant un principe de liberté d'organisation, par le biais de droits d'option nombreux, la réforme donne le coup d'envoi à une deuxième étape de mise en place des GHT et prend acte de l'hétérogénéité des compositions des groupements.

Au-delà des enjeux de composition des instances, le choix de donner la main aux acteurs pour adapter la nouvelle gouvernance aux réalités territoriales rend décisive l'adoption des premiers plans d'actions communes en matière d'organisation médicale. En ce sens, le corpus de textes « gouvernance » (ordonnance du 17 mars 2021, décrets du 27 mai de 2021 et loi du 26 avril 2021) nécessitera un temps raisonnable d'appropriation, qui suppose au préalable une bonne compréhension de la portée des textes.

La formalisation d'une gouvernance plus médicalisée

Au moment où se mettent en place les CMG, les textes formalisent des bonnes pratiques de gestion déjà largement utilisées. L'objectif est de préciser, collectivement, le cadre de participation de chacun à la vie de l'établissement.

Place de la CMG dans la stratégique médicale du GHT

À partir du 1er janvier 2022, les commissions médicales de groupement (CMG) vont être dotées d'un rôle d'impulsion de la stratégie médicale du groupement. Cette stratégie repose sur l'adoption du projet médical partagé (PMP), dont la procédure, révisée, est désormais partagée entre CMG et comité stratégique (Costrat). Coordonnée par son président, la commission médicale de groupement est chargée de l'élaboration du projet médical partagé. Le binôme directeur d'établissement support/président de la commission médicale de groupement peut demander à la CMG de modifier ou de compléter la proposition de projet médical partagé, avant qu'une version consolidée soit arrêtée par le Costrat[1].

Au-delà de donner corps à une association plus forte de la communauté médicale, le PMP a été repensé pour ajouter la possibilité de prioriser des filières de soins, et ainsi mettre l'accent sur les principaux enjeux territoriaux.

Dans sa composition, la CMG devra représenter la diversité des acteurs du territoire. Deux documents sont clés en la matière : la convention constitutive et le règlement intérieur de chaque commission médicale d'établissement (CME).

Il revient à la convention constitutive d'assurer une représentation équilibrée de chacun des établissements parties ainsi que des effectifs, disciplines et filières. La convention constitutive doit donc être modifiée pour inscrire la composition de l'instance, le nombre des sièges et les modalités de désignation des membres de la CMG.

L'actualisation du règlement intérieur de chaque CME sera nécessaire pour préciser les modalités de désignation de leurs représentants.

Les textes listent les acteurs susceptibles de participer aux débats sans participer aux votes (à l'image des membres du Costrat ou des partenaires de ville). Les membres avec voix consultative sont les suivants : représentants des CME, présidents de CME, médecin responsable du département d'information médicale de territoire, chefs de pôle interétablissements et coordonnateurs des fédérations médicales interhospitalières.

Pour participer à la mise en œuvre de la stratégie médicale, la CMG dispose de compétences élargies. Elle pourra s'autosaisir et faire des propositions au comité stratégique. Le décret du 27 mai précise la liste des domaines concernés où figurent notamment :

- les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion des ressources humaines médicales,

- la constitution des équipes médicales de territoire,
- des politiques communes : permanence des soins, politique qualité, développement professionnel continu, projet social et projet managérial du groupement, recherche et innovation, systèmes d'information.

Une gouvernance médicalisée autour de la CME

Dans le même temps, la CME voit son rôle renforcé dans l'organisation interne de l'établissement. En cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical partagé du GHT, la CME est compétente pour élaborer et proposer au directoire le projet médical d'établissement. La révision de la procédure d'adoption du projet d'établissement est similaire à celle du projet médical partagé décrite plus haut. Le PCME coordonne son élaboration en lien avec la CME et les équipes médicales concernées. Il assure le suivi de sa mise en œuvre avec le directeur.

Les décrets élargissent les compétences consultatives de la CME et lui octroient un pouvoir de proposition au directoire. Ses compétences concernent principalement toute opération liée au projet médical, la politique de coopération hospitalière (y compris avec la ville), la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, ainsi que la déclinaison des orientations stratégiques

1. La version sera envoyée au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.
2. *Cf.* la note juridique de la FHF « Groupement hospitalier de territoire et médicalisation des décisions à l'hôpital » - www.fhf.fr, rubrique Ressources humaines, section Gestion du personnel médical.

du GHT en matière, notamment, d'attractivité des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques[2]. Pour y répondre, la CME a accès à l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions, notamment en matière de GRH médicale.
Enfin, l'article 34 de la loi de simplification du 26 avril 2021 prévoit l'ajout, au projet d'établissement, d'un projet de gouvernance et de management participatif. Il s'agit d'une déclinaison des orientations du rapport Claris de juin 2020. Il précise notamment les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement des équipes médicales et non médicales, en y incluant les modalités de désignation des responsables hospitaliers et les programmes de formation managériale.

Le binôme directeur/ président de commission médicale

Que ce soit à l'échelle de l'établissement ou du groupement, les rôles des présidents de commission médicale d'établissement (PCME) et des présidents de commission médicale de groupement (PCMG) sont réaffirmés dans cette architecture institutionnelle, aux côtés des directeurs, responsables juridiques de l'établissement. Les règles de désignation du PCMG et de son vice-PCMG reprennent celles de la CME. Ils sont élus parmi les praticiens au scrutin uninominal à la majorité absolue pour quatre ans, et leur mandat est renouvelable une fois. La possibilité dérogatoire d'un deuxième renouvellement du mandat n'a été introduite dans les textes que pour les PCME.
Pour préciser les relations entre directeur et PCME, tous deux signent une charte de gouvernance au début du mandat du PCME ou lors du changement de directeur. Le décret du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commissions médicales en détaille le contenu. La charte prévoit notamment que leur soient attribués des moyens matériels et humains (dont la mise à disposition d'un collaborateur, choisi conjointement avec le directeur de l'établissement) et les modalités de participation aux échanges avec les autorités extérieures. Il s'agit donc d'un texte structurant à l'échelle interne.
De plus, dans la continuité du rapport Claris, le principe de codécision a été retenu dans plusieurs domaines. En matière de nominations, un choix commun est retenu pour celles des chefs de pôle et des chefs de service. Au-delà de la désignation des managers médicaux, la codécision s'étend aux contrats de pôle. **ENCADRÉ 1**

La liberté d'organisation, principe clé

Les textes relatifs à la gouvernance apportent un équilibre nouveau. Ils offrent des possibilités d'adapter l'organisation des services et le fonctionnement institutionnel aux réalités territoriales de chaque établissement ou groupement.

L'importance du premier mandat

Le premier mandat de la nouvelle gouvernance sera décisif. Il s'agit de jeter les bases de la coopération territoriale et du fonctionnement quotidien.
Quatre documents pivots sont au cœur de cette liberté d'organisation. Tout d'abord, la charte de gouvernance constitue un accord entre le directeur et le président de la commission médicale sur les moyens dont bénéficie ce dernier, mais aussi sur sa participation à la représentation de l'établissement et aux échanges avec les autorités extérieures. Viennent ensuite le règlement intérieur de la CME et la convention constitutive du GHT. Ces deux documents, à l'échelle de l'établissement et du GHT, fixeront le nombre et les modalités de désignation des représentants. Enfin, un projet de gouvernance et de management participatif vient préciser un certain nombre de points précisés à l'article 34 de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Parmi ceux-ci figurent notamment la désignation des managers de proximité et les formations à la prise de responsabilité.
Une fois mises en place, les nouvelles CME et CMG vivront un temps d'appropriation qui sera crucial pour la suite. Il s'agira de prendre des habitudes de travail, notamment pour organiser le périmètre des compétences partagées. Les textes distinguent l'échelon GHT/CMG pour adopter des orientations stratégiques et l'échelon établissement/CME pour donner une déclinaison opérationnelle à ces orientations. En pratique, selon la taille de chaque GHT, il faudra établir ce qui doit être décidé en commun et ce qui peut relever de chaque établissement. Il est probable que des coopérations plus matures

SYNCHRONISATION DU RENOUVELLEMENT DES CME **ENCADRÉ 1**

Pour faciliter l'élaboration et le déploiement de la politique médicale des groupements, la stabilité de composition des CMG sera un enjeu important. L'absence de synchronisation automatique des élections des CME, au sein d'un même groupement hospitalier de territoire, pourrait donc représenter une difficulté.
Les articles R. 6144-4 et R. 6144-5 du code de la santé publique répondent à ce besoin de synchroniser les processus électoraux. Ils prévoient que le mandat des membres de la CME puisse être « *exceptionnellement réduit ou prorogé, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève l'établissement* ».

pourront aller plus loin que des groupements qui connaissent de nombreuses disparités en matière d'offres de soins ou d'attractivité.

Au-delà, se pose la question du fonctionnement de la commission médicale et de ses sous-commissions, à l'échelle de l'établissement comme à celle du groupement. Pour la mise en place des CMG, il a été choisi de ne pas imposer la constitution de sous-commissions en particulier. Dans le cadre du fonctionnement de la CMG, chaque GHT devra définir le périmètre et les missions de chaque sous-commission, par exemple sur la permanence des soins ou la qualité des prises en charge. Ces sous-commissions seront inscrites au règlement intérieur de l'instance.

Enfin, si le choix de ne pas formaliser de direction des affaires médicales de territoire a été fait, et donc de ne pas reprendre le modèle de la fonction achat, l'établissement support dispose d'un rôle essentiel. En élargissant les compétences mutualisées en matière de gestion des ressources humaines, la réforme fait de l'établissement support du GHT un appui à la CMG dans l'exercice de ses attributions :

- l'établissement support veille au respect, par les établissements parties, des orientations stratégiques et en rend compte devant le Costrat ;
- il dispose d'un rôle d'impulsion par l'élaboration d'outils afférents à la gestion prospective des ressources humaines ;
- il gère les équipes médicales communes et assure la mise en place des pôles interétablissements, en lien avec les établissements parties.

Vers un modèle de GHT à la carte ?

Pour les groupements désireux d'aller vers davantage d'intégration, les textes offrent plusieurs droits d'option. L'ordonnance du 17 mars 2021 prévoit la possibilité de fusionner des instances. Il est notamment possible de créer une commission médicale unifiée de groupement (CMUG) qui fusionne les différentes CME. Cette commission fait du président de la CMUG le représentant de la communauté médicale pour l'ensemble des décisions relevant jusqu'à maintenant du PCME de chaque établissement. De la même manière, une commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) unifiée de groupement ou des instances sociales uniques peuvent être constituées. Si la plupart des GHT ne devraient pas s'inscrire dès 2022 dans cette dynamique, les directions communes et fusion d'établissement entreprises depuis 2017 plaident pour élargir les moyens offerts en ce sens.

PRIMES MANAGÉRIALES

À partir du 1er septembre 2021*, des primes de responsabilités sont attribuées ou revalorisées pour les différents managers médicaux :

- 200 € brut mensuel pour les chefs de service,
- 400 € brut mensuel pour les chefs de pôle,
- 600 € brut mensuel pour les présidents de commission médicale (CME et CMG).

Cette valorisation de l'investissement, demandée par la FHF lors du Ségur de la santé, s'accompagne d'un accès renforcé aux formations managériales. Inscrite dans le protocole d'accords du 13 juillet 2020, cette action fera l'objet d'un groupe de travail spécifique avec la Direction générale de l'offre de soins, d'ici à fin 2021.

** En attente de la publication du texte au moment où cet article est rédigé.*

Des décisions structurantes pour le groupement pourront être adoptées en commun. Sur le plan des investissements et des orientations stratégiques, les GHT auront le choix d'adopter un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique, un plan global de financement pluriannuel unique ou un plan pluriannuel d'investissement unique. De même, les opérations de trésorerie pourront être réalisées en commun. Lors des négociations sur l'ordonnance début 2021, il avait été discuté de la possibilité que ces décisions puissent être prises par un groupe limité d'établissements au sein du GHT, sans que l'ensemble des établissements y soit associé. Il est dommage que cette option n'ait pas été retenue. Elle aurait pu permettre des rapprochements féconds, notamment au sein des plus grands GHT.

Sur le plan des investissements et des orientations stratégiques, les GHT auront le choix d'adopter un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique, un plan global de financement pluriannuel unique ou un plan pluriannuel d'investissement unique.

D'ampleur plus modérée, il existe des options néanmoins utiles. Tout d'abord, pour améliorer la cohésion entre la politique médicale et la politique soignante, le projet médical partagé pourra être élaboré et suivi par la mise en place d'une commission commune médico-soignante à l'échelle du groupement. Composée de façon paritaire de membres de la CMG et de la CSIMRT du groupement, cette commission médico-soignante pourra faire des propositions de structuration des filières de soins. Ensuite, de manière plus souple que la commission médicale unifiée de groupement, les CME de tout ou partie des établissements parties au GHT pourront faire le choix de déléguer certaines de leurs attributions à la CMG.

Une déclinaison à l'échelle de l'établissement

À l'échelle de l'établissement, le principe de libre organisation a aussi été réaffirmé.

La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification apporte des outils nouveaux. L'article 25 permet la création d'une commission médico-soignante sur proposition conjointe des présidents de la CME et de la CSIRMT, et après avis conforme des deux instances. Cette commission unique médico-soignante exercera dès lors les missions des instances, ce qui peut faciliter les convergences entre projets médicaux et projets soignants.

Sur le plan de l'organisation des soins, le service est repositionné comme échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail. Il est rappelé que le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif ainsi qu'aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Cette formalisation de bonnes pratiques contribuera à renouveler une dynamique de coopération médico-soignante qui pourrait être inscrite dans le cadre du projet managérial et s'accompagner de formations spécifiques. Enfin, dans la dynamique d'une souplesse d'organisation, la constitution de pôles devient facultative quel que soit le nombre d'agents (il est mis fin à la fixation par décret du nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative).

Fruits d'un long travail de concertation, les textes publiés en 2021, relatifs à la gouvernance, constituent un point d'équilibre entre approfondissement de la médicalisation des groupements et efficience de la gestion quotidienne. Le choix de privilégier la liberté d'organisation et l'adaptation aux réalités territoriales est assumé. Pour autant, la réalisation des programmes d'actions dans les années 2022 et suivantes, GHT par GHT, sera intéressant à suivre. Ils permettront de saisir le degré d'évolution des politiques territoriales vers davantage de coopération. Cet objectif est primordial pour améliorer la prise en charge des patients par une gradation des soins assumée et organisée, et non plus subie. ■

L'an II des GHT

Des enjeux de réingénierie majeurs

Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD
Présidente de la Conférence des directeurs généraux de CHRU

Le 10 juin dernier, le ministre des Solidarités et de la Santé, à l'occasion d'un échange avec les chefs d'établissement, saluait la réactivité et la solidité des GHT face à la crise. Ce constat est notamment adossé à la fonction des CHU aux échelons régional et de la subdivision d'internat. Cette qualité d'organisation a été rendue possible par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) très opérationnels, ainsi que par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) lorsqu'elles étaient déjà structurées. L'efficacité de ces organisations a été confirmée dès lors qu'un lien fort existait entre les acteurs à l'échelle des GHT. Ces derniers ont été développés en 2016 dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé afin d'optimiser les parcours gradués de soins et de mieux partager les moyens de plusieurs établissements publics de santé sur un même territoire, via une organisation intégrative allant plus loin que le modèle du groupement de coopération sanitaire ou de la fédération interhospitalière. Cinq ans plus tard, qu'en est-il ?

Force est de constater que les GHT pâtissent, aux yeux de certains, d'une image dégradée éloignée des réalités de terrain, par ailleurs peu ou insuffisamment documentées[1]. Certes, le modèle souffre d'un certain nombre de faiblesses. Mais ne pas les traiter pourrait conduire à la disparition du modèle, sans qu'une solution alternative crédible soit pour autant à ce jour élaborée.

Ce déficit d'image est plus particulièrement dû à :

>> **des périmètres parfois peu cohérents**, avec des écarts sensibles entre les petits groupements hospitaliers de territoire et les plus importants ;

>> **des variations majeures dans leur échelle d'intégration respective** : ces variations sont corrélées aux difficultés observées pour consentir à une gouvernance équilibrée entre les acteurs qui y sont représentés ;

>> **la difficile construction de véritables équipes médicales territoriales** : l'ordonnance du 17 mars et les décrets d'applications du 27 mai[2] n'ont pas répondu à ce besoin, or la crise sanitaire démontre la pertinence de solution globale à l'échelle de territoires de santé cohérents ;

>> **l'absence de personnalité morale des GHT** : il s'agit du point de défaillance le plus visible. À l'inverse, les textes évoqués ci-dessus tentent de répondre à ce manque en posant le cadre de compétences de la commission médicale de groupement (CMG) et en précisant celles des présidents de commissions médicales d'établissement et de CMG. Cette évolution importante ne palliera pas l'absence

1. Malgré certaines tentatives en ce sens. Voir notamment le rapport 2019-034R de l'Inspection générale des affaires sociales : « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire », décembre 2019.
2. Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement - Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

territoire. Non obligatoire en droit, la mutualisation de la fonction finances dispose d'une fonction intégrative forte. Elle pourrait être utilement développée, notamment pour asseoir la pertinence du modèle.
Il convient résolument de nous questionner sur ce que sera la situation des établissements, dans vingt ans, pour réfléchir aux orientations à donner aujourd'hui aux GHT. Parmi les scénarios possibles, il est réaliste de penser que la concurrence du secteur privé perdurera, que les recrutements sur les métiers rares, y compris en dehors du soin, impliqueront une inflation des salaires répartie d'une manière ou d'une autre entre contribuables et utilisateurs, et que le besoin d'agilité et d'adaptation de l'offre à la demande de soins aura crû.

Il convient de nous questionner sur ce que sera la situation des établissements, dans vingt ans, pour réfléchir aux orientations à donner aux GHT.

Les enjeux effectifs

Les textes récemment parus sur la gouvernance hospitalière doivent aboutir au renforcement des GHT, notamment pour renforcer leur contenu médical. Les GHT constituent en effet un modèle équilibrant les enjeux de concentration du recours et de l'expertise sur certains établissements, tout en permettant le rééquilibrage dans l'accès aux soins pour les populations les plus isolées. Les leviers d'attractivité pour les professionnels, la relance par l'investissement en santé, le déploiement de la télémédecine et l'inclusion numérique constituent à ce titre des chantiers phares. Il conviendra de les piloter avec discernement dans les mois à venir, sous couvert d'une cartographie efficace associant, effectivement, tous les acteurs et notamment les élus locaux.
Dans un contexte marqué par une agitation doctrinale certaine et l'approche d'échéances électorales majeures, les acteurs des GHT gagneront utilement à se projeter dans les enjeux effectifs des GHT. Les textes produits à ce stade étant denses, il convient de les assimiler de manière pertinente et pragmatique :
>> **schéma directeur immobilier** : définir un schéma qui réponde aux besoins des projets médical et de gestion et amène les mises aux normes nécessaires. Pour ce faire, la coordination assurée par les établissements supports, auxquels les ARS ont parfois confié cette mission, constitue un gage de pragmatisme ;
>> **compétences des représentants médicaux** : mettre en œuvre un cadre, quand cela n'est pas de personnalité morale qui permet de donner à un établissement une responsabilité juridique et un projet d'établissement cohérent. À l'inverse, l'an II, voire III, des GHT si l'on prend en considération les dispositifs d'application directe – issus de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé (OTSS) – pose un cadre davantage fondé sur le partenariat que sur la responsabilité. Il en découle le risque de voir celle-ci se diluer entre les acteurs.
La justesse de la posture qui consiste à penser que les dynamiques de convergence les plus fortes entre établissements publics de santé ne passent pas par la création de la personnalité morale et la convergence juridique, mais plutôt par la mise en place de direction commune (modalité conventionnelle), voire par la simple adhésion des acteurs, reste par ailleurs à démontrer ;
>> **une communication insuffisante sur les avantages**, pourtant difficilement contestables de ce type d'ensemble, notamment pour les établissements parties au GHT : renforcer la présence médicale, utiliser les structures d'achat de l'établissement support, déployer un dossier patient informatisé commun, accompagner les réorganisations immobilières et techniques, renforcer la pertinence du codage et l'organisation des départements d'information médicale, etc.

Convaincre les élus locaux

À la somme de ces biais de visibilité s'ajoute la perception d'une partie des élus locaux – eux-mêmes impactés par les regroupements de communes portées par la loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) – faisant du GHT le cheval de Troie des restructurations hospitalières à même de concerner des sites hospitaliers implantés sur leur territoire. Il en découle une vision parfois caricaturale de l'établissement support de GHT, considéré comme « prédateur » des établissements parties.
Nous devons rester extrêmement vigilants sur ce point et mener un travail de conviction et de pédagogie auprès des élus : différence entre restructuration et GHT, entre GHT et direction commune, différence entre restructuration et GHT, entre GHT et direction commune. Nous devons documenter l'intérêt pour les établissements parties d'intégrer ces ensembles à même justement d'éviter les restructurations, voire les fermetures parfois mal accompagnées, donc mal comprises et qui auraient pu être évitées grâce à l'arrimage à un groupement hospitalier de

déjà fait, qui assoit et confirme les compétences des représentants médicaux, et qui conforte les attentes pesant sur la CMG[3] ;

>> renouvellement des CME et installation des CMG : permettre aux communautés médicales de préparer sereinement le renouvellement d'une grande partie des CME et l'installation des CMG avant la fin de l'année 2021, notamment en questionnant les modalités de délégation et de représentation à l'échelle du GHT ;

>> pôles interhospitaliers : s'appuyer sur des pôles interhospitaliers structurés autour des logiques de filières ;

>> charte de gouvernance : préparer la « mise en place d'une charte de gouvernance à l'échelle du GHT » ainsi qu'à celle de l'établissement (ordonnance du 17 mars).

Les enjeux de fond

Ces sujets sont d'importance mais non exhaustifs. Ils ne doivent pas masquer les enjeux de fond, préexistants à l'ordonnance du 17 mars, et indispensables pour donner au GHT toute sa pertinence :

>> projet médical partagé : faire en sorte qu'il constitue un vecteur incontournable, fédérateur dans la stratégie médicale de groupement, en déployant des approches qui dépassent la simple description et engagent la répartition des compétences et des ressources ;

>> comité des élus : lui donner toute sa place dans l'analyse de la répartition des projets, des compétences et des moyens au sein du GHT, sans méconnaître le conseil de l'agence régionale de santé sur ces enjeux. La clarification des filières de soins territorialisées et l'organisation de la gradation de l'offre de soins passent nécessairement par ce temps d'explicitation auprès des élus concernés ;

>> conventions constitutives de groupement : rendre plus pertinentes les conventions constitutives de groupement, en profitant des textes récemment parus[4] pour établir leur bilan et les faire évoluer, afin de tendre à des ensembles plus intégrés et plus lisibles dans les choix de gouvernance médicale.

Au regard de ces attentes, l'État conserve un rôle majeur. Une partition qu'il pourrait jouer, en particulier, dans trois registres : le premier en actualisant un certain nombre de documents (dont le *vade-mecum* de 2016 sur les GHT[5]) ; le deuxième en facilitant les échanges de bonnes pratiques et de comparatifs ciblés entre GHT ; et le troisième en diffusant les objectifs, souvent atteints, des groupements hospitaliers de territoire dans la pertinence médico-administrative de leur activité.

Les enjeux de réingénierie voire de transformation des GHT sont majeurs pour notre système de santé. La Conférence nationale des directeurs généraux de CHU s'y est pleinement investie. ■

3. Et notamment « la constitution d'équipes médicales de territoire, la mise en place de pôles interétablissements ou de fédérations médicales interhospitalières, le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins [...] », art. D. 6132-9 du code de la santé publique.
4. Possibilité de création des commissions médicales unifiées de groupements et des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques unifiées de groupements avec représentation des internes et des étudiants.
5. « Vade-mecum, GHT mode d'emploi, quinze points clefs - Les fondements - La création des GHT - Les mutualisations - le fonctionnement », ministère des Affaires sociales et de la Santé mai 2016.

Les Rencontres **RH** de la Santé
Actualités, perspectives RH et négociation collective
mercredi 13 & jeudi 14 **octobre 2021**
Inscription en ligne sur evenements.fhf.fr
Cité Universitaire Internationale de Paris
17 Boulevard Jourdan, 75014 Paris
adRHess FHF FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE avec le soutien de MNH